



## SCHEDA DI INTERVENTO DI PRIMO SOCCORSO

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Orario della richiesta di intervento \_\_\_\_, \_\_\_ Da chi e da dove proviene la richiesta

Tipo di richiesta:  Infortunio  Malore  Altro \_\_\_\_\_

### **A) IDENTIFICAZIONE DEGLI APSA INTERVENUTI (Indicare l'Edificio/Sede di appartenenza)**

1° \_\_\_\_\_  
Cognome Nome

2° \_\_\_\_\_  
Cognome Nome

3° \_\_\_\_\_  
Cognome Nome

4° \_\_\_\_\_  
Cognome Nome

Orario di arrivo sul posto \_\_\_\_, \_\_\_

### **B) IDENTIFICAZIONE DELLA/E PERSONE ASSISTITE**

1°  M  F      ETA' \_\_\_\_\_       Dip.       Non Dip.       Stud.

2°  M  F      ETA' \_\_\_\_\_       Dip.       Non Dip.       Stud.

3°  M  F      ETA' \_\_\_\_\_       Dip.       Non Dip.       Stud.

4°  M  F      ETA' \_\_\_\_\_       Dip.       Non Dip.       Stud.

Non è possibile identificare

### **C) PROBLEMA PRINCIPALE LAMENTATO E/O RILEVATO**

(Compilare una scheda per ogni persona soccorsa)

(Se infortunio descrivere la dinamica sinteticamente)

(Se più persone riportare il n° come sopra)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### ESEMPI

- Difficoltà Respiratoria
- Dolore Toracico
- Dolore Addominale
- Inalazione-Ingestione-Contatto con sostanze Tossiche
- Trauma contusivo
- Frattura
- Ferita
- Emorragia



**D) 1° VALUTAZIONE DEI PARAMETRI VITALI**

Ore \_\_\_\_, \_\_\_\_

**Coscienza:**  Assente  Presente \_\_\_\_\_

**Attività Respiratoria**  Assente  Presente frequenza \_\_\_\_\_

v.n. (12-20 atti/min)

**Attività Cardiaca**  Assente  Presente frequenza \_\_\_\_\_

**Pressione Arteriosa** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

v.n. MAX (110-140)

v.n. MIN (60-90)

**E) MISURE DI PRIMO SOCCORSO EFFETTUATE**

Emostasi/Medicazione/Bendaggio

Lavaggio oculare

Applicazione ghiaccio

Posizione laterale di sicurezza

Lavaggio ustione

Posizione semiseduta

Posizione antishock

Assistenza assunzione farmaci

Facilitata ossigenazione

Applicato laccio emostatico

Manovre rianimatorie

Immobilizzazione frattura

**Ore** \_\_\_\_, \_\_\_\_

**Altro** \_\_\_\_\_

**Se manovre rianimatorie**

**orario di inizio** \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Pocket Masck

Un solo soccorritore

Bocca a bocca

Due soccorritori

Bocca naso

Solo massaggio cardiaco

**Orario di chiamata 112** \_\_\_\_\_ **Codice Operatore Centrale Operativa 112** \_\_\_\_\_

Orario di chiamata al Centro Antiveleni (Tel. 06/49978000)

**F) VALUTAZIONI SUCCESSIVE DEI PARAMETRI VITALI E ESITO (se necessarie)**

**Ora** \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ **Coscienza:**  Assente  Presente \_\_\_\_\_

**Attività Respiratoria**  Assente  Presente frequenza \_\_\_\_\_

**Attività Cardiaca**  Assente  Presente frequenza \_\_\_\_\_

**Pressione Arteriosa** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Orario di arrivo del mezzo di soccorso 112** \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_



**G) ESITO DEL SOCCORSO**

- Ricovero con Mezzo 112                      PRONTO SOCCORSO OSPEDALE \_\_\_\_\_
- Rifiuto ricovero all'equipe 112
- Non necessita del ricovero deciso dal 112 o ev. medico sul posto

**CASI PARTICOLARI**

- Il soggetto cosciente rifiuta il vostro aiuto, assicuratevi la presenza di testimoni, chiamate il 112, se il soggetto è aggressivo riferire al 112 e annotare sulla scheda il rifiuto nella sezione problemi principali e le generalità dei testimoni che controfirmano (preferibilmente altri APSA)
- Se il soggetto si dimostra contrario alla richiesta di soccorso al 112, ritenendo banale il suo malore o il suo trauma oppure dichiara di recarsi autonomamente al Pronto Soccorso fermo restando la necessità di una valutazione ispirata al buon senso da parte dell' APSA annotare come per il caso precedente.
- Situazione di pericolo per i soccorritori (ambiente contaminato, pericoli ambientali, persona armata, ecc.); riportate il dato nella sezione problemi principali annotando cosa avete fatto (chiamato 112, allontanato altre persone, ecc.).
- In presenza di un medico o di un infermiere professionale fin dall'inizio rendetevi disponibile qualificandovi e assicurategli il vostro aiuto. Registrate nome e cognome e qualifica della persona e chiedetegli se cortesemente può collaborare alla compilazione del presente modulo.

**FIRMA DEGLI APSA**

**FIRMA DEL MEDICO (112)**

**O DELL'INFERMIERE PROFESSIONALE**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**GENERALITA' E FIRMA DEGLI EVENTUALI TESTIMONI (se necessarie)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_