

NOMINATIVO _____

ASSOCIAZIONE _____

DATA _____

SEQUENZA ABCDE -SCENARIO MEDICO: CEFALEA

VALUTAZIONE	AZIONI	ESITO	√
Valutazione della scena	<input type="checkbox"/> Chiede una descrizione della scena <input type="checkbox"/> "Colpo d'occhio" <input type="checkbox"/> Verifica la presenza di ostacoli al trasporto	Donna sdraiata sul divano. Salotto ampio e accessibile Non ostacoli per il trasporto.	
Autoprotezione	<input type="checkbox"/> Indossa presidi di protezione individuali		
A Vie aeree	<input type="checkbox"/> Chiama il paziente, si presenta e qualifica tranquillizza il paziente <input type="checkbox"/> Verifica le vie aeree	Paziente cosciente, sofferente Vie aeree pervie.	
B Respiro	<input type="checkbox"/> Osserva meccanica respiratoria <input type="checkbox"/> Palpa delicatamente il torace <input type="checkbox"/> Ascolta rumori respiratori <input type="checkbox"/> Conta atti respiratori <input type="checkbox"/> Saturimetria senza O ₂ <input type="checkbox"/> Fa mettere maschera O ₂ ad alti flussi	Il torace si espande in modo regolare. Respiro accelerato. Nessun rumore patologico. FR 24 atti/min Sat. O ₂ 94% in aria La signora rifiuta l'O ₂	
C Circolo	<input type="checkbox"/> Rileva polso radiale <input type="checkbox"/> Valutazione cute <input type="checkbox"/> PA	Presente, pieno, ritmico. FC 95 battiti/min. Pallida. PA 140/80	
D Neurologico	<input type="checkbox"/> Valuta secondo AVPU : Parla con paziente <input type="checkbox"/> Valuta sensibilità e motilità	Paziente molto sofferente (A). Presenti.	
E Exposure	<input type="checkbox"/> Osserva aspetto generale <input type="checkbox"/> sOsserva postura e distretti corporei <input type="checkbox"/> Chiede cos'è avvenuto <input type="checkbox"/> Protezione termica	Cosciente, agitata, si porta le mani alla testa. Riferisce cefalea da circa 24/h	
AMPIA	<input type="checkbox"/> Allergie, medicine, patologie <input type="checkbox"/> Ingestione, altro sull'evento	pz seguita dal centro cefalee. In terapia	
	<input type="checkbox"/> Raccoglie documentazione sanitaria (se presente)	Cartella clinica	

PUNTI DI FORZA: _____

ASPETTI MIGLIORABILI: _____

INDICAZIONI/SUGGERIMENTI: _____

ISTRUTTORE (nominativo) _____