

NOMINATIVO _____

ASSOCIAZIONE _____

DATA _____

SEQUENZA ABCDE SCENARIO MEDICO: DOLORE ADDOMINALE

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 seduta in sala d'attesa in banca , sofferente. Sala Ampia e luminosa, senza ostacoli	
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, 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 normale. Nessun rumore patologico. FR 16 atti/min Non rilevabile presenza di smalto	
C Circolo	<input type="checkbox"/> Rileva polso radiale <input type="checkbox"/> Valutazione cute <input type="checkbox"/> PA	Presente, pieno, ritmico. FC 95 battiti/min. rosea asciutta calda PA 110/70	
D Neurologico	Valuta secondo AVPU : <input type="checkbox"/> Parla con paziente <input type="checkbox"/> Valuta sensibilità e motilità	Paziente sofferente (A). Presenti.	
E Exposure AMPIA	<input type="checkbox"/> Osserva aspetto generale <input type="checkbox"/> Chiede cos'è avvenuto <input type="checkbox"/> Osserva postura e distretti corporei <input type="checkbox"/> Protezione termica	Cosciente,agitata, piegata in avanti Riferisce dolore in regione addominale da qualche ora.	
	<input type="checkbox"/> Allergie,medicine,patologie,ingestione,altro sull'evento	Negativa per precedenti episodi. Non patologie, non è gravida e/o ciclo mestruale.	
	<input type="checkbox"/> Raccoglie documentazione sanitaria (se presente)	Non presente	

PUNTI DI FORZA: _____

ASPETTI MIGLIORABILI: _____

INDICAZIONI/SUGGERIMENTI: _____

ISTRUTTORE (nominativo) _____