

**NOMINATIVO** \_\_\_\_\_  
**ASSOCIAZIONE** \_\_\_\_\_  
**DATA** \_\_\_\_\_

**SCENARIO MEDICO\_12: INTOSSICAZIONE DA MONOSSIDO DI CARBONIO**

**Informazioni dalla SOREU:** .....

MSA/MSI:  si  no      FORZE dell'ORDINE in POSTO:  si  no

| VALUTAZIONE                    | INTERVENTO  | ESITO   | √ |
|--------------------------------|---|---|---|
| <b>Prearrivo</b>               | <input type="checkbox"/> Assegna incarichi  |   |   |
| <b>Valutazione della scena</b> | <input type="checkbox"/> Chiede una descrizione della scena<br><input type="checkbox"/> "Colpo d'occhio"<br><input type="checkbox"/> Chiede dinamica dell'evento<br><input type="checkbox"/> Verifica altri coinvolti<br><input type="checkbox"/> Controlla la presenza di pericoli   | Casa di vecchia costruzione, scale strette e ripide, persona al primo piano<br>Ragazza sdraiata sul divano, con accappatoio, non si muove<br>La madre riferisce che è rientrata dalla spesa e ha trovato la figlia non cosciente in bagno<br>Fa verificare se ci sono altre persone in casa<br>Scaldabagno (a gas) nello stesso locale della doccia, fa aprire finestre. Entrando in bagno suona il rilevatore di monossido (se presente) |   |
| <b>Autoprotezione</b>          | <input type="checkbox"/> Indossa presidi di protezione individuali  |   |   |
| <b>A Vie aeree</b>             | <input type="checkbox"/> Chiama il paziente, si presenta e qualifica, tranquillizza il paziente<br><input type="checkbox"/> Verifica le vie aeree   | Paziente risponde alla chiamata, è confusa, non riesce a rimanere sveglia<br>Vie aeree pervie   |   |
| <b>B Respiro</b>               | <input type="checkbox"/> <b>O</b> sserva meccanica respiratoria<br><input type="checkbox"/> <b>P</b> alpa delicatamente il torace<br><input type="checkbox"/> <b>A</b> scolta rumori respiratori<br><input type="checkbox"/> <b>C</b> onta atti respiratori<br><input type="checkbox"/> <b>S</b> aturimetria senza O <sub>2</sub><br><input type="checkbox"/> Fa mettere maschera O <sub>2</sub> ad alti flussi | Movimenti torace normali, respiro superficiale<br>Non dolori alla palpazione<br>Non rumori patologici<br>FR 22 atti/min<br>Sat. O <sub>2</sub> 94%<br>Sat. in O <sub>2</sub> 100%   |   |
| <b>C Circolo</b>               | <input type="checkbox"/> Rileva polso radiale<br><input type="checkbox"/> Valutazione cute<br><input type="checkbox"/> PA   | Presente, pieno, ritmico<br>FC 100/min<br>Rosea<br>PA 100/75  |   |

|                                       |  |  |  |
|---------------------------------------|--|--|--|
| <b>D</b> controllo neurologico        | <input type="checkbox"/> Valuta secondo AVPU<br><input type="checkbox"/> Parla con paziente<br><input type="checkbox"/> Valuta sensibilità e motilità  | (V)<br>Paziente risponde alla chiamata in modo confuso, tendente al sopore<br>Sensibilità e motilità normale   |  |
| <b>E</b> Esame obiettivo ed anamnesi  | <input type="checkbox"/> Osserva aspetto generale<br><input type="checkbox"/> Chiede cos'è avvenuto<br><input type="checkbox"/> Protezione termica   | Donna di ca 25, occhi chiusi, sdraiata, non segni particolari evidenti<br>Lamenta cefalea e nausea, rallentata nella risposta, confusa, non racconta l'accaduto. La ragazza è stata rinvenuta dalla madre in bagno dopo aver fatto la doccia.<br>Copre la paziente |  |
| AMPIA                                 | <input type="checkbox"/> Storia clinica: allergie, medicine, patologie, ingestione, altro sull'evento  | Nessuna patologia o terapia in atto  |  |
| <b>Comunicazione alla SOREU</b>       | <input type="checkbox"/> Conferma dinamica<br><input type="checkbox"/> Stato di coscienza<br><input type="checkbox"/> Parametri rilevati<br><input type="checkbox"/> Lesioni rilevate<br><input type="checkbox"/> Patologie pregresse<br><input type="checkbox"/> Manovre eseguite | La SOREU comunica che ha avvisato i VV.FF. che provvederanno alla messa in sicurezza   |  |
| <b>Rivalutazione</b>                  | <input type="checkbox"/> Rivalutazione ABCDE e monitoraggio dei Parametri Vitali<br><input type="checkbox"/> Relazione adeguata con il paziente<br><input type="checkbox"/> Utilizzo di presidi adeguati per il Trasporto  |  |  |
| <b>Consegna paziente a PS/MSA/MSI</b> | <input type="checkbox"/> Trasmette le informazioni raccolte in modo completo e corretto  |  |  |

PUNTI DI FORZA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ASPETTI MIGLIORABILI: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

INDICAZIONI/SUGGERIMENTI: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ISTRUTTORE** (nominativo) \_\_\_\_\_ (firma) \_\_\_\_\_