

NOMINATIVO _____
ASSOCIAZIONE _____
DATA _____

SCENARIO TRAUMA_04: BAMBINO USTIONATO

Informazioni dalla SOREU:

.....

 MSA/MSI: si no FORZE DELL'ORDINE ALLERTATE: si no

VALUTAZIONE	INTERVENTO	ESITO	√
Prearrivo	<input type="checkbox"/> Assegna incarichi		
Valutazione della scena	<input type="checkbox"/> Chiede una descrizione della scena <input type="checkbox"/> "Colpo d'occhio" <input type="checkbox"/> Dinamica dell'evento	Bimbo seduto sul divano Bimbo sveglio, piange ha dolore Ustione da acqua bollente	
Autoprotezione	<input type="checkbox"/> Indossa presidi di protezione individuali <input type="checkbox"/> Controlla la presenza di pericoli		
A Vie aeree	<input type="checkbox"/> Chiama il paziente senza scuotere, si presenta e qualifica <input type="checkbox"/> Verifica le vie aeree	Bimbo cosciente, piange, racconta l'accaduto Vie aeree pervie, non segni di ustione	
B Respiro	<input type="checkbox"/> O sserva meccanica respiratoria <input type="checkbox"/> P alpa delicatamente il torace <input type="checkbox"/> A scolta rumori respiratori <input type="checkbox"/> C onta atti respiratori <input type="checkbox"/> S aturimetria senza O ₂ <input type="checkbox"/> Fa mettere maschera O ₂ ad alti flussi	Eupnoico Bruciore, arrossamento emitorace sx Nessun rumore patologico 30 atti/min. Sat. O ₂ 99% in aria Sat. 99%	
C Circolo	<input type="checkbox"/> Osserva se emorragie esterne <input type="checkbox"/> Rileva polso radiale e conta FC <input type="checkbox"/> Valutazione cute <input type="checkbox"/> Rileva PA	Non emorragie evidenti Presente, FC 120 battiti/min. Calda, rosea PA 100/50 mm Hg.	
D controllo neurologico	<input type="checkbox"/> Valuta secondo AVPU <input type="checkbox"/> Pone domande idonee <input type="checkbox"/> Valuta sensibilità e motilità	Sveglia (A) Ricorda l'accaduto Motilità e sensibilità presenti	

E Esame obiettivo testa-piedi AMPIA	<input type="checkbox"/> Non spoglia completamente il pz ma espone gli arti con sospette fratture <input type="checkbox"/> Valuta altri segni esterni <input type="checkbox"/> Protezione termica <input type="checkbox"/> Altre notizie su paziente	Rossore con flittene mano e avambraccio dx. Rossore emitorace dx Nessuna patologia	
Comunicazione alla SOREU	<input type="checkbox"/> Conferma dinamica <input type="checkbox"/> Stato di coscienza <input type="checkbox"/> Parametri rilevati <input type="checkbox"/> Lesioni rilevate <input type="checkbox"/> Patologie pregresse <input type="checkbox"/> Manovre eseguite	Ustione braccio e mano dx 2° grado, emitorace sx 1° grado Medicazione adeguata della parte ustionata	
Rivalutazione	<input type="checkbox"/> Rivalutazione ABCDE e monitoraggio parametri vitali <input type="checkbox"/> Relazione adeguata con il paziente <input type="checkbox"/> Utilizzo di presidi adeguati per il Trasporto		
Consegna paziente a PS/MSA/MSI	<input type="checkbox"/> Trasmette le informazioni raccolte in modo completo e corretto		

PUNTI DI FORZA: _____

ASPETTI MIGLIORABILI: _____

INDICAZIONI/SUGGERIMENTI: _____

ISTRUTTORE (nominativo) _____ (firma) _____