

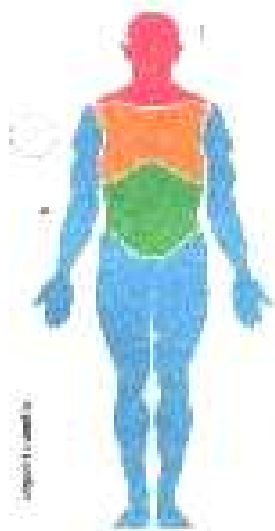
## CHECK DI VALUTAZIONE PAZIENTE NON TRAUMATICO

IN PRESENZA DI UNO O PIU'  O NEI CASI DUBBI.

CONTATTARE LA C.O. 118 SOCCORSO ALPINO 800848088

**1-QUALIFICARSI** (SONO DEL SOCCORSO ALPINO)

**2-RASSICURARE** (SONO QUI PER AIUTARLA)



IL PAZIENTE

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <p><b>3-RISPONDE A TONO ALLE DOMANDE</b><br/>(nome,cognome,età,quale è il suo problema)</p> <p><b>4-RICORDA COSA GLI E' SUCCESSO</b></p> <p><b>5-RIFERISCE MAL DI TESTA INTENSO</b><br/>O PIU' INTENSO DEL SOLITO (SENZA TRAUMA)</p> <p><b>6-HA DOLORE AL TORACE (SENZA TRAUMA)</b></p> <p><b>7-FA FATICA A RESPIRARE (SENZA TRAUMA)</b></p> <p><b>8-RIFERISCE INTENSO DOLORE ADDOMINALE</b><br/>(SENZA TRAUMA)</p> <p><b>9- MUOVE MANI E PIEDI</b></p> <p><b>10- HA MANI/PIEDI INTORPIDITI/INFORMICOLITI</b></p> | <p>SI NO</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>    <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>    <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> | <p>SOTTO SFORZO <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>SOTTO SFORZO <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
|---|--|---|

## CHECK VALUTAZIONE CRITICITA' PAZIENTE TRAUMATICO

IN PRESENZA DI UNO O PIU'  O NEI CASI DUBBI.

CONTATTARE LA C.O. 118 - SOCCORSO ALPINO 800848088

**1-QUALIFICARSI** (SONO DEL SOCCORSO ALPINO)

**2-RASSICURARE** (SONO QUI PER AIUTARLA)

### COSA OSSERVARE E CHIEDERE AL PAZIENTE

- |   |  |  |                                     |                                     |        |                                     |             |                                     |        |                                     |             |                                     |           |                                     |       |                          |       |                                     |          |                                     |        |                                     |
|---|--|--|-------------------------------------|-------------------------------------|--------|-------------------------------------|-------------|-------------------------------------|--------|-------------------------------------|-------------|-------------------------------------|-----------|-------------------------------------|-------|--------------------------|-------|-------------------------------------|----------|-------------------------------------|--------|-------------------------------------|
| <p><b>3-RISPONDE A TONO ALLE DOMANDE</b><br/>(nome,cognome,età,quale è il suo problema)</p> <p><b>4-RICORDA COSA GLI E' SUCCESSO</b></p> <p><b>5-RESPIRA CON AFFANNO</b></p> <p><b>6-E' PALLIDO IN VISO E/O HA SUDORAZIONE FREDDA</b></p> <p><b>7-SI VEDONO EMORRAGIE</b></p> | <p>SI NO</p> <p><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> | <p><b>DOVE LAMENTA DOLORE</b></p> <table border="0"> <tr> <td>TESTA</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>TORACE</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>COLLO/SCHI.</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>ADDOME</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ARTI SUPER.</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>ARTI INF.</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p><b>INTENSITA' DEL DOLORE</b></p> <table border="0"> <tr> <td>LIEVE</td><td><input type="checkbox"/></td> <td>FORTE</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>MODERATO</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>INSOP.</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p><b>MUOVE MANI E PIEDI</b> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></p> <p><b>HA MANI / PIEDI INTORPIDITI</b> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> | TESTA                               | <input checked="" type="checkbox"/> | TORACE | <input checked="" type="checkbox"/> | COLLO/SCHI. | <input checked="" type="checkbox"/> | ADDOME | <input checked="" type="checkbox"/> | ARTI SUPER. | <input checked="" type="checkbox"/> | ARTI INF. | <input checked="" type="checkbox"/> | LIEVE | <input type="checkbox"/> | FORTE | <input checked="" type="checkbox"/> | MODERATO | <input checked="" type="checkbox"/> | INSOP. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| TESTA   | <input checked="" type="checkbox"/>  | TORACE   | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |        |                                     |             |                                     |        |                                     |             |                                     |           |                                     |       |                          |       |                                     |          |                                     |        |                                     |
| COLLO/SCHI.   | <input checked="" type="checkbox"/>  | ADDOME   | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |        |                                     |             |                                     |        |                                     |             |                                     |           |                                     |       |                          |       |                                     |          |                                     |        |                                     |
| ARTI SUPER.   | <input checked="" type="checkbox"/>  | ARTI INF.  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |        |                                     |             |                                     |        |                                     |             |                                     |           |                                     |       |                          |       |                                     |          |                                     |        |                                     |
| LIEVE   | <input type="checkbox"/>   | FORTE  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |        |                                     |             |                                     |        |                                     |             |                                     |           |                                     |       |                          |       |                                     |          |                                     |        |                                     |
| MODERATO  | <input checked="" type="checkbox"/>  | INSOP.   | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |        |                                     |             |                                     |        |                                     |             |                                     |           |                                     |       |                          |       |                                     |          |                                     |        |                                     |

- COSA FARE**
- VALUTA LA DINAMICA DELL'INCIDENTE
- IMMOBILIZZA SE NECESSARIO TESTA/COLLO
- SPOSTA TENENDO IN ASSE LA COLON. VERT.
- IMMOBILIZZA LE FRATTURE
- PROTEGGI DAL FREDDO