

LOGO		SCHEDA DI INTERVENTO MET				REGIONE PIEMONTE		SCHEDA N.	
								REGISTRO N.	
DATI	DATA		⌚ ALLARME		⌚ ARRIVO		⌚ FINE INTERVENTO		
	COGNOME			NOME			DATA NASCITA		
	SESSO ☐ M ☐ F	DEGENTE ☐ NO ☐ SI	☐ RICOVERO	☐ MEDICO	☐ CHIRURGICO	DATA RICOVERO			
				☐ DAY HOSPITAL / DAY SURGERY		☐ AMBULATORIO			
SEDE	☐ REPARTO MEDICO				☐ AREA SEMIINTENSIVA				
	☐ REPARTO CHIRURGICO				☐ AREA PROCEDURE-INTERVENTISTICA				
		☐ DH / DS - AMBULATORIO				☐ AREA NON SANITARIA		☐ INTERNA ☐ ESTERNA	
CHIAMATA			CRITERIO ROSSO		CRITERIO GIALLO				
	CHIAMATA EFFETTUATA DA		☐ VIE AEREE COMPROMESSE		☐ DISTRESS RESPIRATORIO		☐ PRESSIONE SISTOLICA		
	☐ MEDICO		☐ PERDITA DI COSCIENZA		☐ CIANOSI		☐ EMORRAGIA SIGNIFICATIVA		
	☐ INFERMIERE		☐ ARRESTO RESPIRATORIO		☐ FREQUENZA RESPIRATORIA		☐ TEMPERATURA		
	☐ NON SANITARIO (specificare)		☐ ARRESTO CARDIACO		☐ SpO ₂		☐ ODAS PEGGIORATO DI DUE PUNTI		
		☐ PREOCCUPAZIONE GENERICA		☐ FREQUENZA CARDIACA					
PARAMETRI	NELLE 8 ORE PRECEDENTI L'INTERVENTO DEL MET				PIANO DI MONITORAGGIO PRESENTE ☐ SI ☐ NO				
	A ☐ PERDITA DI COSCIENZA		B ☐ FR / min		☐ DISTRESS RESPIRAT.		☐ SpO ₂ % (FIO ₂)		
	C ☐ PAS mmHg		☐ FC / bpm		D ☐ ORIENTATO		☐ DISORIENTATO ☐ AGITATO ☐ SOPOROSO		
	E ☐ EMORRAGIA		☐ T° / °C		☐ DIURESI (h.....)		☐ DOLORE TORACICO ☐ ALTRO		
	ALL'ARRIVO DEL MET								
	A ☐ PERDITA DI COSCIENZA		☐ VIE AEREE COMPROMESSE O AD ELEVATO RISCHIO DI COMPROMISSIONE						
	B ☐ ARRESTO RESPIRATORIO		☐ FR / min		☐ DISTRESS RESPIR.		☐ SpO ₂ % (FIO ₂)		
	C ☐ PAS mmHg		☐ FC / bpm		D ☐ GCS (M E V)		☐ ODAS		
	E ☐ EMORRAGIA		☐ T° / °C		☐ DIURESI (h.....)		☐ DOLORE TORACICO ☐ ALTRO		
	AL TERMINE DELL'INTERVENTO								
A ☐ PERDITA DI COSCIENZA		☐ FR / min		☐ SpO ₂ % (FIO ₂)		☐ CIANOSI			
C ☐ PAS mmHg		☐ FC / bpm		D ☐ GCS (M E V)		☐ ODAS			
E ☐ EMORRAGIA		☐ T° / °C		☐ DIURESI (h.....)		☐ DOLORE TORACICO ☐ ALTRO			
INTERVENTI	INTERVENTI EFFETTUATI				☐ NESSUN TRATTAMENTO				
	A ☐ IOT / LMA		☐ CRICOTIROIDOTOMIA		☐ FIBROSCOPIA		☐ SOSTITUZ. CANNULA TRACH. ☐ BRONCOASPIRAZIONE		
	B ☐ NIMV		☐ CPAP		☐ MASCHERA VENTURI+RESERVOIR		☐ VENTILAZIONE CON AMBU		
	C ☐ CARDIOVERSIONE ELETTR.		☐ PACING		☐ BOLO LIQUIDI ml		☐ ALTRO		
	☐ RICHIESTA CONSENSO		☐ RICHIESTA DIAGNOSTICA						
		☐ INSTAURATA LIMITAZIONE CURE DA PARTE DI:		☐ MET ☐ CURANTE ☐ ENTRAMBI		☐ PARENTI INFORMATI			
ESITO	☐ STESSO REPARTO		☐ DA RIVALUTARE		☐ DECESSO		☐ TRASFERITO IN:		
	☐ TERAPIA INTENSIVA		☐ SEMI - INTENSIVA		☐ DEA		☐ UTIC		
	☐ SALA OPERATORIA		☐ ALTRO REPARTO		☐ TRATTAMENTO FARMACOLOGICO				
	☐ ALTRO OSPEDALE		☐ ALTRE PROCEDURE		(specificare il principale farmaco somministrato)				
	IPOTESI DIAGNOSTICA				A				
					B				
					C				
				D					
				E					
				ALTRO					
PROBLEMA PRINCIPALE		☐ VIE AEREE		☐ RESPIRATORIO					
☐ EMODINAMICO		☐ NEUROLOGICO		☐ METABOLICO		☐ SEPSI			
☐ ALTRO									
NOTE									
TEAM: ☐ MEDICO ☐ INFERMIERE									
OUTCOME OSPEDALIERO		☐ DECEDUTO		☐ DIMESSO					