

ID evento 27005270-1-1

Data dell'intervento

12.01.2021

Achermann Mirko

Cognome e nome

05.04.1967

Data di nascita

Paternità

6982 Agno

Località

Contrada San Marco 31a

Indirizzo

Tel.

1267941

Numero caso

Numero EOC

M

Sesso

CL MONCUCCO PS

Luogo di destinazione

dr. Llopart

Riceve: l'infermiere

il medico

Tipo intervento
Autonomo
MedicinaTipo di trasporto
individualeLuogo dell'intervento
AbitazionePaziente NON trasportato

Anamnesi remota

Paziente noto per leucemia (10.2020). Paziente addetto da COVID19 (tampone positivo del 06.01.2021). In TH con: Zyloric, Pantozol, Imatinib. MC. Dr. Walder

Allergie

Non note al paziente

Peso stimato

Anamnesi attuale

Veniamo chiamati per dispnea e dolore al petto. Al nostro arrivo troviamo il paziente seduto, cosciente ed orientato, assistito dai familiari (tutti positivi al COVID19). All'esame obiettivo risultano: dispnea riferita senza impiego muscolatura accessoria e dolore costante oppressivo retrosternale non irradiante, non respiro dipendente e non riproducibile insorti ieri pomeriggio a riposo; tosse, febbre e astenia da diversi giorni. Il paziente riferisce: saturazione a 93% oggi pomeriggio; h 14.00 assunzione di Novalgina (quantitativo non specificato) per febbre a 38.5°.

PRIMA VALUTAZIONE

FREQ. RESPIRATORIA 18 <input type="checkbox"/> DISPNEA SATURAZIONE O2 100 <input type="checkbox"/> RANTOLI FISCHI <input type="checkbox"/> inspirat. <input type="checkbox"/> espirat. altri MVU nei 4 campi CUTE <input type="checkbox"/> normale <input checked="" type="checkbox"/> calda <input type="checkbox"/> pallida <input type="checkbox"/> fredda <input type="checkbox"/> cianotica <input type="checkbox"/> rossa <input type="checkbox"/> sudata <input type="checkbox"/> secca	FREQ. CARDIACA 97 <input checked="" type="checkbox"/> regolare <input type="checkbox"/> irregolare PRESSIONE SISTOLICA 111 DIASTOLICA 73 RICAPILLARIZZAZIONE ≤2" POLSO ASSENTE radiale <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx femorale <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx carotideo <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx pedidio <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx	ECG <input type="checkbox"/> 3 derivazioni <input checked="" type="checkbox"/> 12 derivazioni <input checked="" type="checkbox"/> sinusale <input type="checkbox"/> tachi QRS stretti <input type="checkbox"/> BAV II M2 <input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> tachi QRS larghi <input type="checkbox"/> BAV III <input type="checkbox"/> FV <input type="checkbox"/> pace-maker <input type="checkbox"/> ESV polimorfe <input type="checkbox"/> PEA <input type="checkbox"/> BAV I <input type="checkbox"/> ESSV/ESV monomorfe <input type="checkbox"/> asistolia <input type="checkbox"/> BAV II M1 <input type="checkbox"/> altri <input type="text"/>	DOLORE Intensità 4 Tipo Cardiaco Ora inizio > 24 ore Localizzaz. retrosternale	TEMPERATURA 38.7 GLICEMIA <input type="text"/> <input type="checkbox"/> NAUSEA <input type="checkbox"/> VOMITO
STATO DI COSCIENZA presente RIFLESSI PROTEZIONE presenti GLASGOW 15 Apertura occhi spontanea Risposta verbale orientata Risposta motoria esegue	PUPILLE normale <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx miosi <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx midriasi <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx reazione <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Altri <input type="text"/>	SENSIBILITÀ MOTILITÀ arti sup. norm. <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx dimin. <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx assente <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx arti inf. norm. <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx dimin. <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx assente <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx		

LESIONI

PARTE ANATOMICA

LESIONE

USTIONI/CONGELAMENTI

 ustioni congelamentiSuperficie corporea %

TERAPIA

<input type="checkbox"/> NESSUNA TERAPIA APPLICATA LIBERAZIONE VIE RESPIRATORIE <input type="checkbox"/> posizione <input type="checkbox"/> Wendl <input type="checkbox"/> Guedel <input type="checkbox"/> svuotam./aspiraz. oro-nas. <input type="checkbox"/> altro _____ VENTILAZIONE <input type="checkbox"/> manuale <input type="checkbox"/> meccanica frequenza/min _____ <input type="checkbox"/> ventilazione assistita <input type="checkbox"/> inalazione/aerosol <input type="checkbox"/> recupero CO2 _____ OSSIGENO litri/min _____ INTUBAZIONE <input type="checkbox"/> effettuata <input type="checkbox"/> già intubato Tubo numero _____ <input type="checkbox"/> con cuff <input type="checkbox"/> senza cuff Fast-Trach numero _____	VIA VENOSA <input checked="" type="checkbox"/> via venosa periferica <input type="checkbox"/> già presente <input type="checkbox"/> vena giugulare esterna cannula n. <input type="text" value="20"/> cannula n. _____ luogo posa 1 <input type="text" value="dorso mano dx"/> luogo posa 2 _____ intraossea n. _____ <input type="checkbox"/> RCP di base <input type="checkbox"/> defibrillazione <input type="checkbox"/> cardioversione <input type="checkbox"/> manovre vagali <input type="checkbox"/> pugno precordiale <input type="checkbox"/> prelievo ematico venoso DRENAGGIO TORACICO <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx luogo _____	PACING <input type="checkbox"/> pacing transcutaneo potenza mA _____ frequenza _____ <input type="checkbox"/> sfilamento casco <input type="checkbox"/> medicazione/disinfezione <input type="checkbox"/> stabilizzazione spinale <input type="checkbox"/> raffreddamento ustioni <input type="checkbox"/> collare cervicale <input type="checkbox"/> anestesia/sedazione <input type="checkbox"/> vacuum <input type="checkbox"/> posizione testa 30° <input type="checkbox"/> barella a pala <input type="checkbox"/> Impacchi <input type="checkbox"/> asse spinale <input type="checkbox"/> Sonda gastrica <input type="checkbox"/> KED <input type="checkbox"/> Catetere vescicale <input type="checkbox"/> fissazioni POSIZIONE TRASPORTO <input type="text" value="Posiz. trasp. rialzata"/>
---	--	--

ALGORITMI APPLICATI _____

SORVEGLIANZA - EVOLUZIONE - TERAPIA

Ora	FR	Sat	CO2	P	PA sist/diast	Glasgow	T	SVA	Trattamento	Farmaco/Infusione	Osservazioni
19:45	18	100		97	111 / 73	4/5/6	38.7	4			ACCESSO AL PAZIENTE
19:48	18	99		93	107 / 75	4/5/6		3	ECG 12 derivazioni		Annullato NACA 3
19:49					/	//			Trasmissione ECG		
19:55	16	98		94	/	4/5/6		3		Ringerfundin 500ml	
20:08	16	99		93	102 / 68	4/5/6		3			INIZIO TRASPORTO
20:19	16	99		103	116 / 76	4/5/6		3			ARRIVO A DESTINAZIONE

VALUTAZIONE FINALE

FREQ. RESPIRATORIA 16 <input type="checkbox"/> DISPNEA SATURAZIONE O2 99 <input type="checkbox"/> RANTOLI FISCHI <input type="checkbox"/> inspirat. <input type="checkbox"/> espirat. altri _____ CUTE <input type="checkbox"/> normale <input checked="" type="checkbox"/> calda <input type="checkbox"/> pallida <input type="checkbox"/> fredda <input type="checkbox"/> cianotica <input type="checkbox"/> rossa <input type="checkbox"/> sudata <input type="checkbox"/> secca	FREQ. CARDIACA 103 <input checked="" type="checkbox"/> regolare <input type="checkbox"/> irregolare PRESSIONE SISTOLICA 116 DIASTOLICA 76 RICAPILLARIZZAZIONE ≤2" POLSO ASSENTE radiale <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx femorale <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx carotideo <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx pedidio <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx	ECG <input checked="" type="checkbox"/> sinusale <input type="checkbox"/> tachi QRS stretti <input type="checkbox"/> BAV II M2 <input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> tachi QRS larghi <input type="checkbox"/> BAV III <input type="checkbox"/> FV <input type="checkbox"/> pace-maker <input type="checkbox"/> ESV polimorfe <input type="checkbox"/> PEA <input type="checkbox"/> BAV I <input type="checkbox"/> ESSV/ESV monomorfe <input type="checkbox"/> asistolia <input type="checkbox"/> BAV II M1 <input type="checkbox"/> altri _____ <table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:50%;">SENSIBILITÀ</td> <td style="width:50%;">MOTILITÀ</td> </tr> <tr> <td>arti sup. norm. <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx</td> <td></td> </tr> <tr> <td>dimin. <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx</td> <td></td> </tr> <tr> <td>assente <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx</td> <td></td> </tr> <tr> <td>arti inf. norm. <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx</td> <td></td> </tr> <tr> <td>dimin. <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx</td> <td></td> </tr> <tr> <td>assente <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx</td> <td></td> </tr> </table>	SENSIBILITÀ	MOTILITÀ	arti sup. norm. <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx		dimin. <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx		assente <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx		arti inf. norm. <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx		dimin. <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx		assente <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx	
SENSIBILITÀ	MOTILITÀ															
arti sup. norm. <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx																
dimin. <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx																
assente <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx																
arti inf. norm. <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx																
dimin. <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx																
assente <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx																

STATO DI COSCIENZA <input type="text" value="presente"/> RIFLESSI PROTEZIONE <input type="text" value="presenti"/> GLASGOW 15 Apertura occhi <input type="text" value="spontanea"/> Risposta verbale <input type="text" value="orientata"/> Risposta motoria <input type="text" value="esegue"/>	PUPILLE normale <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx miosi <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx midriasi <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx reazione <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Altri _____	DOLORE 3 TEMPERATURA _____ GLICEMIA _____ <input type="checkbox"/> NAUSEA <input type="checkbox"/> VOMITO
---	---	---

NACA **3** Medico contattato _____

PROBLEMA PRINCIPALE 14 Malore di origine cardiaco, dolore toracico non _____

PRESUNTA DIAGNOSI 1 Angina _____

PRESUNTA DIAGNOSI 2 COVID + _____

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

Certificato medico

ECG

Sat. O2

Altri _____

Osservazioni
 Falliti quattro tentativi di contatto telefonico con MEU post invio ECG.
 Consegnata in PS una valigia contenente effetti personali.

RAPPORTO REDATTO DA: matteo.caprani FIRMA: _____ DATA E ORA STAMPA: 11.12.2023 14:37:42