

ID evento 27012305-1-1

Data dell'intervento

31.01.2021

Achermann Mirko

Cognome e nome

05.04.1967

Data di nascita

Paternità

6982 Agno

Località

Contrada San Marco 31 A

Indirizzo

Tel.

M

Sesso

Leader ambulanza	CL CARDIOCENTRO Sala operatoria	
	Luogo di destinazione	
Accompagna il paziente	Valeria	Dr. Demertzis / Dr. Theo
	Riceve: l'infermiere	il medico
	Tipo intervento Con MEU Medicina	Tipo di trasporto individuale
	Luogo dell'intervento CL MONCUCCO	Paziente NON trasportato ---

Anamnesi remota

Anamnesi remota e terapia allegati. Portatore di IBP, CVC giugulare dx a 5 lumi, CV e SNG.

Allergie

Non riferite

Peso stimato

70

Anamnesi attuale

Paziente ricoverato c/o CL Moncucco in data 23.1.2021 a seguito di infezione da SARS-CoV-2 (variante inglese) con susseguente degenza in CI, necessitando di NIV e intubazione a seguito di insufficienza respiratoria acuta. Il paziente è stato estubato in data 29.1.21 visto un quadro generale di miglioramento a livello gasometrico, ma oggi il quadro respiratorio precipita nuovamente portando il paziente ad essere nuovamente intubato, profondamente sedato e curarizzato con pressioni del ventilatore e valori gasometrici a livelli massimali. Il paziente viene quindi trasferito presso CCT per ECMO veno-venosa.

PRIMA VALUTAZIONE

<p>FREQ. RESPIRATORIA 36</p> <p><input type="checkbox"/> DISPNEA</p> <p>SATURAZIONE O2 95</p> <p><input type="checkbox"/> RANTOLI</p> <p>FISCHI <input type="checkbox"/> inspirat. <input type="checkbox"/> espirat.</p> <p>altri <input type="text"/></p> <p>CUTE <input checked="" type="checkbox"/> normale <input checked="" type="checkbox"/> calda</p> <p><input type="checkbox"/> pallida <input type="checkbox"/> fredda</p> <p><input type="checkbox"/> cianotica <input type="checkbox"/> rossa</p> <p><input type="checkbox"/> sudata <input type="checkbox"/> secca</p>	<p>FREQ. CARDIACA 81</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> regolare <input type="checkbox"/> irregolare</p> <p>PRESSIONE SISTOLICA 139</p> <p>DIASTOLICA 81</p> <p>RICAPILLARIZZAZIONE ≤2"</p> <p>POLSO radiale <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx</p> <p>ASSENTE femorale <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx</p> <p>carotideo <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx</p> <p>pedidio <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx</p>	<p>ECG <input checked="" type="checkbox"/> 3 derivazioni <input type="checkbox"/> 12 derivazioni</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> sinusale <input type="checkbox"/> tachi QRS stretti <input type="checkbox"/> BAV II M2</p> <p><input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> tachi QRS larghi <input type="checkbox"/> BAV III</p> <p><input type="checkbox"/> FV <input type="checkbox"/> pace-maker <input type="checkbox"/> ESV polimorfe</p> <p><input type="checkbox"/> PEA <input type="checkbox"/> BAV I <input type="checkbox"/> ESSV/ESV monomorfe</p> <p><input type="checkbox"/> asistolia <input type="checkbox"/> BAV II M1 <input type="checkbox"/> altri <input type="text"/></p>	<p>DOLORE</p> <p>Intensità Non valutabile</p> <p>Tipo</p> <p>Ora inizio ---</p> <p>Localizzaz. <input type="text"/></p> <p>TEMPERATURA <input type="text"/></p> <p>GLICEMIA <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> NAUSEA</p> <p><input type="checkbox"/> VOMITO</p>
<p>STATO DI COSCIENZA <input type="text" value="assente"/></p> <p>RIFLESSI PROTEZIONE <input type="text" value="assenti"/></p> <p>GLASGOW 3</p> <p>Apertura occhi <input type="text" value="assente"/></p> <p>Risposta verbale <input type="text" value="nessuna"/></p> <p>Risposta motoria <input type="text" value="nessuna"/></p>	<p>PUPILLE</p> <p>normale <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx</p> <p>miosi <input checked="" type="checkbox"/> Dx <input checked="" type="checkbox"/> Sx</p> <p>midriasi <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx</p> <p>reazione <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>Altri <input type="text" value="fissa"/></p>	<p>SENSIBILITÀ</p> <p>arti sup. norm. <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx</p> <p>dimin. <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx</p> <p>assente <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx</p> <p>arti inf. norm. <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx</p> <p>dimin. <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx</p> <p>assente <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx</p>	<p>MOTILITÀ</p>

LESIONI

PARTE ANATOMICA	LESIONE
	USTIONI/CONGELAMENTI
	<input type="checkbox"/> ustioni <input type="checkbox"/> congelamenti
	Superficie corporea <input type="text"/> %

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 <input style="width: 100px;" type="text"/> VENTILAZIONE <input type="checkbox"/> manuale <input checked="" type="checkbox"/> meccanica frequenza/min 36 <input type="checkbox"/> ventilazione assistita <input type="checkbox"/> inalazione/aerosol <input type="checkbox"/> recupero CO2 OSSIGENO litri/min <input style="width: 50px;" type="text"/> INTUBAZIONE <input type="checkbox"/> effettuata <input checked="" type="checkbox"/> già intubato Tubo numero 8.0 <input checked="" type="checkbox"/> con cuff <input type="checkbox"/> senza cuff Fast-Trach numero <input style="width: 50px;" type="text"/>	VIA VENOSA <input type="checkbox"/> via venosa periferica <input type="checkbox"/> già presente <input type="checkbox"/> vena giugulare esterna cannula n. <input style="width: 30px;" type="text"/> cannula n. <input style="width: 30px;" type="text"/> luogo posa 1 <input style="width: 150px;" type="text"/> luogo posa 2 <input style="width: 150px;" type="text"/> intraossea n. <input style="width: 30px;" type="text"/> <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 <input style="width: 150px;" type="text"/>	PACING <input type="checkbox"/> pacing transcutaneo potenza mA <input style="width: 30px;" type="text"/> frequenza <input style="width: 30px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> sfilamento casco <input type="checkbox"/> stabilizzazione spinale <input type="checkbox"/> collare cervicale <input type="checkbox"/> vacuum <input type="checkbox"/> barella a pala <input type="checkbox"/> asse spinale <input type="checkbox"/> KED <input type="checkbox"/> fissazioni POSIZIONE TRASPORTO orizzontale	EMOSTASI <input type="checkbox"/> compressiva <input type="checkbox"/> con laccio ora applicazione <input style="width: 50px;" type="text"/> altra <input style="width: 100px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> medicazione/disinfezione <input type="checkbox"/> raffreddamento ustioni <input checked="" type="checkbox"/> anestesia/sedazione <input type="checkbox"/> posizione testa 30° <input type="checkbox"/> Impacchi <input checked="" type="checkbox"/> Sonda gastrica già presente <input checked="" type="checkbox"/> Catetere vescicale già presente
--	---	--	---

ALGORITMI APPLICATI _____

SORVEGLIANZA - EVOLUZIONE - TERAPIA

Ora	FR	Sat	CO2	P	PA sist/diast	Glasgow	T	SVA	Trattamento	Farmaco/Infusione	Osservazioni
18:00					/	//					Paziente ventilato in MCV da personale CI CL Moncucco: 440mL Vt 10cmH2O PEEP 90% FiO2 Terapia IV di mantenimento somministrata da personale CL Moncucco in corso tramite pompasiringa: Fentanyl 200mcg/ora Propofolo 400mg/h Dormicum 20mg/ora Esmeron 5mg/ora Noradrenalina 25mcg/min.
18:50	36	95	6.2	81	139 / 81	1/1/1					ACCESSO AL PAZIENTE Paziente ventilato in (S)MCV+: 480mL Vt 8cmH2O PEEP 90% FiO2
18:55	36	95	5.9	100	132 / 82	1/1/1					
19:00	36	96	5.8	97	137 / 85	1/1/1					
19:05	36	96	5.5	102	129 / 84	1/1/1					
19:12	36	95	5.1	100	116 / 87	1/1/1					INIZIO TRASPORTO
19:15	36	97	5.3	92	133 / 100	1/1/1					
19:18	36	97	5.3	85	139 / 100	1/1/1					ARRIVO A DESTINAZIONE

VALUTAZIONE FINALE

FREQ. RESPIRATORIA 36 <input type="checkbox"/> DISPNEA SATURAZIONE O2 97 <input type="checkbox"/> RANTOLI FISCHI <input type="checkbox"/> inspirat. <input type="checkbox"/> espirat. altri <input style="width:100%;" type="text"/>	FREQ. CARDIACA 85 <input checked="" type="checkbox"/> regolare <input type="checkbox"/> irregolare PRESSIONE SISTOLICA 139 DIASTOLICA 100 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 <input style="width:100%;" type="text"/>																																						
CUTE <input checked="" 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	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2"></th> <th colspan="2">SENSIBILITÀ</th> <th colspan="2">MOTILITÀ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">arti sup.</td> <td>norm.</td> <td><input type="checkbox"/> Dx</td> <td><input type="checkbox"/> Sx</td> <td><input type="checkbox"/> Dx</td> <td><input type="checkbox"/> Sx</td> </tr> <tr> <td>dimin.</td> <td><input type="checkbox"/> Dx</td> <td><input type="checkbox"/> Sx</td> <td><input type="checkbox"/> Dx</td> <td><input type="checkbox"/> Sx</td> </tr> <tr> <td>assente</td> <td><input type="checkbox"/> Dx</td> <td><input type="checkbox"/> Sx</td> <td><input type="checkbox"/> Dx</td> <td><input type="checkbox"/> Sx</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">arti inf.</td> <td>norm.</td> <td><input type="checkbox"/> Dx</td> <td><input type="checkbox"/> Sx</td> <td><input type="checkbox"/> Dx</td> <td><input type="checkbox"/> Sx</td> </tr> <tr> <td>dimin.</td> <td><input type="checkbox"/> Dx</td> <td><input type="checkbox"/> Sx</td> <td><input type="checkbox"/> Dx</td> <td><input type="checkbox"/> Sx</td> </tr> <tr> <td>assente</td> <td><input type="checkbox"/> Dx</td> <td><input type="checkbox"/> Sx</td> <td><input type="checkbox"/> Dx</td> <td><input type="checkbox"/> Sx</td> </tr> </tbody> </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 style="width:100%;" type="text" value="assente"/> RIFLESSI PROTEZIONE <input style="width:100%;" type="text" value="assenti"/> GLASGOW 3 Apertura occhi <input style="width:100%;" type="text" value="assente"/> Risposta verbale <input style="width:100%;" type="text" value="nessuna"/> Risposta motoria <input style="width:100%;" type="text" value="nessuna"/>	PUPILLE normale <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx miosi <input checked="" type="checkbox"/> Dx <input checked="" type="checkbox"/> Sx midriasi <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx reazione <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No Altri <input style="width:100%;" type="text"/>	DOLORE Non valutabile TEMPERATURA <input style="width:100%;" type="text"/> GLICEMIA <input style="width:100%;" type="text"/> <input type="checkbox"/> NAUSEA <input type="checkbox"/> VOMITO
--	---	---

NACA 5	Medico contattato _____	DOCUMENTAZIONE ALLEGATA
PROBLEMA PRINCIPALE	15 Disturbi o insufficienza respiratoria	<input checked="" type="checkbox"/> Certificato medico
PRESUNTA DIAGNOSI 1	ARDS su Polmonite da SARS-CoV-2 variante inglese	<input checked="" type="checkbox"/> ECG
PRESUNTA DIAGNOSI 2	COVID +	<input type="checkbox"/> Sat. O2
		<input type="checkbox"/> Altri _____

Osservazioni _____

RAPPORTO REDATTO DA: adam.andreoli FIRMA: _____ DATA E ORA STAMPA: 11.12.2023 14:38:03