

ESAME ANAMNESTICO TESTA-PIEDI

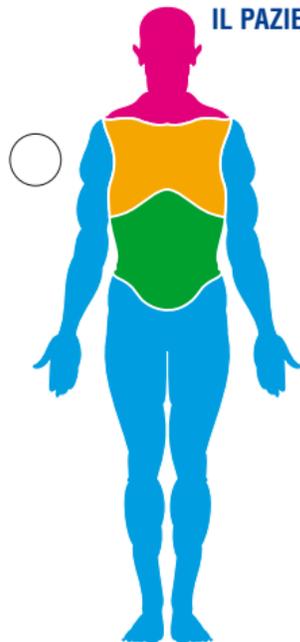
PAZIENTE COSCIENTE **NON TRAUMATICO**



IN PRESENZA DI UNO O PIÙ **■**, O NEI CASI DUBBI, CONTATTARE UN MEDICO PRIMA DI TRASFERIRE IL PAZIENTE A VALLE

- 1) QUALIFICARSI** ("SONO DEL SOCCORSO ALPINO")
- 2) RASSICURARE** ("SONO QUI PER AIUTARLA")

IL PAZIENTE:



- | | | | | |
|------------|---|--|---------------------|---|
| 3) | RISPONDE A TONO ALLE DOMANDE
(nome, cognome, età, qual'è il suo problema) | Sì > <input type="checkbox"/> | | NO > <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4) | RICORDA COSA GLI È SUCCESSO | Sì > <input type="checkbox"/> | | NO > <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5) | RIFERISCE MAL DI TESTA INTENSO O PIÙ INTENSO DEL SOLITO (senza trauma) | Sì > <input checked="" type="checkbox"/> | | NO > <input type="checkbox"/> |
| 6) | HA DOLORE AL TORACE
(senza trauma) | Sì > <input checked="" type="checkbox"/> | SOTTO SFORZO | Sì > <input checked="" type="checkbox"/>
NO > <input type="checkbox"/> |
| 7) | FA FATICA A RESPIRARE
(senza trauma) | Sì > <input checked="" type="checkbox"/> | SOTTO SFORZO | Sì > <input checked="" type="checkbox"/>
NO > <input type="checkbox"/> |
| 8) | RIFERISCE INTENSO DOLORE ADDOMINALE (senza trauma) | Sì > <input checked="" type="checkbox"/> | | NO > <input type="checkbox"/> |
| 9) | MUOVE MANI E PIEDI | Sì > <input type="checkbox"/> | | NO > <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10) | HA MANI/PIEDI INTORPIDITI/INFORMICOLATI | Sì > <input checked="" type="checkbox"/> | | NO > <input type="checkbox"/> |

ESAME ANAMNESTICO TESTA-PIEDI PAZIENTE COSCIENTE **TRAUMATICO**



IN PRESENZA DI UNO O PIÙ ■, O NEI CASI DUBBI, CONTATTARE UN MEDICO PRIMA DI TRASFERIRE IL PAZIENTE A VALLE

- 1) **QUALIFICARSI** ("SONO DEL SOCCORSO ALPINO")
- 2) **RASSICURARE** ("SONO QUI PER AIUTARLA")

COSA OSSERVARE E CHIEDERE AL PAZIENTE

RISPONDE A TONO ALLE DOMANDE

(nome, cognome, età, qual'è il suo problema)

sì > NO > ■

RICORDA COSA GLI È SUCCESSO

sì > NO > ■

RESPIRA CON AFFANNO

sì > ■ NO >

È PALLIDO IN VISO E HA SUDORAZIONE FREDDA

sì > ■ NO >

VEDI EMORRAGIE

sì > ■ > medicazione compressiva

NO >

DOVE LAMENTA DOLORE

TESTA sì > ■ NO > TORACE sì > ■ NO >

COLLO/SCHIENA sì > ■ NO > ADDOME sì > ■ NO >

ARTI SUPERIORI ARTI INFERIORI

INTENSITÀ DEL DOLORE

LIEVE FORTE sì > ■ NO >

MODERATO INSOPPORTABILE sì > ■ NO >

MUOVE MANI E PIEDI sì > NO > ■

HA MANI/PIEDI INTORPIDITI sì > NO > ■

COSA FARE AL PAZIENTE

- VALUTA LA DINAMICA DELL'INCIDENTE
- IMMOBILIZZA, SE NECESSARIO, TESTA E COLLO
- SPOSTA O IMBARELLA TENENDO IN ASSE LA COLONNA VERTEBRALE
- IMMOBILIZZA LE SOSPETTE FRATTURE
- PROTEGGI DAL FREDDO