

ESAME ANAMNESTICO TESTA-PIEDI

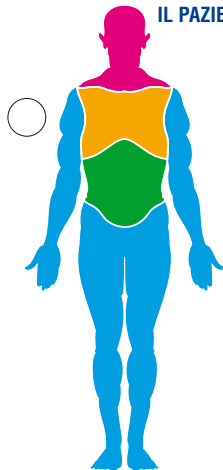
PAZIENTE COSCIENTE **NON TRAUMATICO**



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 > <input type="checkbox"/>		NO > <input checked="" type="checkbox"/>			
RICORDA COSA GLI È SUCCESSO	SÌ > <input type="checkbox"/>		NO > <input checked="" type="checkbox"/>			
RESPIRA CON AFFANNO	SÌ > <input checked="" type="checkbox"/>		NO > <input type="checkbox"/>			
È PALLIDO IN VISO E HA SUDORAZIONE FREDDA	SÌ > <input checked="" type="checkbox"/>		NO > <input type="checkbox"/>			
VEDI EMORRAGIE	SÌ > <input checked="" type="checkbox"/>		> medicazione compressiva			
	NO > <input type="checkbox"/>					
DOVE LAMENTA DOLORE	TESTA	SÌ > <input checked="" type="checkbox"/>	NO > <input type="checkbox"/>	TORACE	SÌ > <input checked="" type="checkbox"/>	NO > <input type="checkbox"/>
	COLLO/SCHIENA	SÌ > <input checked="" type="checkbox"/>	NO > <input type="checkbox"/>	ADDOME	SÌ > <input checked="" type="checkbox"/>	NO > <input type="checkbox"/>
	ARTI SUPERIORI			ARTI INFERIORI		
INTENSITÀ DEL DOLORE	LIEVE		FORTE	SÌ > <input checked="" type="checkbox"/>	NO > <input type="checkbox"/>	
	MODERATO		INSOPPORTABILE	SÌ > <input checked="" type="checkbox"/>	NO > <input type="checkbox"/>	
MUOVE MANI E PIEDI	SÌ > <input type="checkbox"/>	NO > <input checked="" type="checkbox"/>	HA MANI/PIEDI INTORPIDITI	SÌ > <input type="checkbox"/>	NO > <input checked="" type="checkbox"/>	

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