

| <b>SCHEDA DI INTERVENTO MET</b>   |   |   |                 |   |                       |
|-----------------------------------|---|---|-----------------|---|-----------------------|
| <b>Data</b>                       | Allarme h. _____  |   |                 |   |                       |
| <b>Luogo dell'evento</b>          | U.O. _____  |   |                 |   |                       |
|                                   | Stanza n. _____   |   |                 |   |                       |
|                                   | Settore<br><input type="checkbox"/> Uomini<br><input type="checkbox"/> Donne  |   |                 |   |                       |
|                                   | Altro luogo _____   |   |                 |   |                       |
| <b>Informazioni alla chiamata</b> | <u>Segni e sintomi</u><br><input type="checkbox"/> Perdita di coscienza<br><input type="checkbox"/> Arresto cardio- respiratorio<br><input type="checkbox"/> Alterazione parametri vitali<br><input type="checkbox"/> Emorragia<br><input type="checkbox"/> Altro _____ | <u>Particolare tipologia paziente</u><br><input type="checkbox"/> Paziente pediatrico<br><input type="checkbox"/> Paziente geriatrico<br><input type="checkbox"/> Donna gravida   |                 |   |                       |
|                                   | <b>Intervento</b>   | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Arrivo h. _____</td> <td><u>Problema clinico</u><br/> <input type="checkbox"/> perdita di coscienza<br/> <input type="checkbox"/> Emorragia<br/> <input type="checkbox"/> ACC<br/> <input type="checkbox"/> Crisi convulsiva<br/> <input type="checkbox"/> Dispnea<br/> <input type="checkbox"/> Altro _____</td> </tr> <tr> <td>Interventi effettuati</td> <td> <input type="checkbox"/> IOT<br/> <input type="checkbox"/> NIV<br/> <input type="checkbox"/> Farmaci _____<br/> <input type="checkbox"/> RCP<br/> <input type="checkbox"/> Consulenza </td> </tr> </table> | Arrivo h. _____ | <u>Problema clinico</u><br><input type="checkbox"/> perdita di coscienza<br><input type="checkbox"/> Emorragia<br><input type="checkbox"/> ACC<br><input type="checkbox"/> Crisi convulsiva<br><input type="checkbox"/> Dispnea<br><input type="checkbox"/> Altro _____ | Interventi effettuati |
| Arrivo h. _____                   | <u>Problema clinico</u><br><input type="checkbox"/> perdita di coscienza<br><input type="checkbox"/> Emorragia<br><input type="checkbox"/> ACC<br><input type="checkbox"/> Crisi convulsiva<br><input type="checkbox"/> Dispnea<br><input type="checkbox"/> Altro _____ |   |                 |   |                       |
| Interventi effettuati             | <input type="checkbox"/> IOT<br><input type="checkbox"/> NIV<br><input type="checkbox"/> Farmaci _____<br><input type="checkbox"/> RCP<br><input type="checkbox"/> Consulenza   |   |                 |   |                       |
| <b>Esito</b>                      | Destinazione  | <input type="checkbox"/> Stessa U.O.<br><input type="checkbox"/> Pronto soccorso<br><input type="checkbox"/> Rianimazione<br><input type="checkbox"/> Emodinamica<br><input type="checkbox"/> TAC<br><input type="checkbox"/> Exitus<br><input type="checkbox"/> Altro _____  |                 |   |                       |
| Fine intervento h. _____          |   |   |                 |   |                       |