

Scrivi "1" dove hai barrato / Solo un "1" per riga

Nome		Successo % :				#DIV/0!					
Situation : FS											
		0 1 2 3				Commentaire, justification, observation					
1. Sicurezza - Valutazione della scena											
Sicurezza, valutazione della scena, situazione, supporto		2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
2. Primary Survey											
X	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
A	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
B	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
C	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
D	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
E	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Gestione del tempo	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Primary strutturato	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
stato critico o non critico	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
3. Secondary Survey											
B - Frequenza	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
B - Auscultazione	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
B - SpO2	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
C - Frequenza	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
C - Pressione sanguigna	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
C - Tempo di riempimento capillare	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
C - ECG	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
D - GCS	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
D - Pupille	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
D - Estremità (funzioni motorie, sensibilità)	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
D - Glicemia	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
D - Scala Cincinnati	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
E - Esposizione	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
E - Bodycheck	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
E - Temperatura °C	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
E - Temperatura del paziente, protezione dalle intemperie	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
4. Anamnesi											
SAMPLER	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
OPQRST - Anamnesi	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
5. Provvedimento											
Provvedimento 1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Provvedimento 1 Effetti del provvedimento	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Provvedimento 2	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Provvedimento 2 Effetti del provvedimento	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Provvedimento 3	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Provvedimento 3 Effetti del provvedimento	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Provvedimento 4	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Provvedimento 4 Effetti del provvedimento	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Provvedimento 5	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Provvedimento 5 Effetti del provvedimento	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
6. Salvataggio - Posizione											
Mezzi di salvataggio	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Tecnica di salvataggio	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Posizione / comodità	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
7. Consegna del paziente											
Durata	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Strutturata, problema principale identificabile	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Linguaggio professionale	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
8. Lavoro di squadra - Rapporto con il paziente e le parti											
Rapporto con il paziente e le parti coinvolte	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Informazioni paziente	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Lavoro di squadra	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Ruolo di leadership o assistente	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
9. Durata dell'intervento e strategia											
Durata dell'intervento adattata	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Luogo di lavoro - Organizzazione	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Sicurezza della squadra e del paziente	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Lavoro ergonomico	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
10. Orale											
Descrizione del caso, identificazione del problema principale	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Motivazione	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Strategie di intervento	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Competenze specifiche relative al caso	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Conclusioni, miglioramenti, alternative	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Valutazione complessiva e commento											
Nome Esperto 1		Nome Esperto 2									
Firma		Firma									