



Procedura inter-aziendale per il TRASPORTO INTER-OSPEDALIERO DEI PAZIENTI PEDIATRICI



INDICE

1. Premessa _____	pag. 2
2. Gruppo di lavoro _____	pag. 2
3. Scopo _____	pag. 3
4. Campo di applicazione _____	pag. 3
5. Responsabilità _____	pag. 3
6. Definizione e acronimi _____	pag. 3
7. Documenti di riferimento _____	pag. 3
8. Modalità operative del trasporto del paziente pediatrico _____	pag. 5
8.1 Definizione della classe di rischio, del personale e del mezzo per il trasporto	
8.2 Indicazione al trasporto	
8.3 Valutazione del paziente e definizione del mezzo di trasporto e del personale necessario	
8.4 Consenso informato ed informazione ai parenti	
8.5 Contatto con la Struttura ricevente	
8.6 Attivazione del trasporto e preparazione del paziente	
8.7 Documentazione clinica	
8.8 Arrivo al Pronto Soccorso della Struttura ricevente	
9. Indicatori di processo e di esito _____	pag. 7
10. Modalità di verifica dell'applicazione _____	pag. 7
11. Riflessioni del gruppo di lavoro _____	pag. 7
12. Allegati _____	pag. 7

1. Premessa

Il trasporto interospedaliero (secondario) del paziente rappresenta un momento critico nell'assistenza al paziente. Le evidenze di letteratura indicano che per ridurre il rischio di evento avverso durante il trasporto sono necessarie un'adeguata organizzazione dello stesso (valutazione del paziente, presa in carico da parte di personale qualificato, disponibilità di attrezzature, presidi e mezzo di trasporto idonei) ed una comunicazione tempestiva ed efficace tra gli operatori, che permetta, qualora necessario, l'affidamento del paziente da un professionista ad un altro.

La redazione di questa procedura nasce dall'esigenza dei professionisti operanti nei Pronto Soccorso pediatrici degli ospedali piemontesi di operare secondo modalità condivise, al fine di garantire al bambino una corretta assistenza durante la fase di trasporto, facilitare la comunicazione tra gli operatori dei presidi invianti e riceventi il paziente e permettere la corretta acquisizione della documentazione relativa, per poter garantire continuità ed efficacia delle cure al bambino

2. Gruppo di lavoro

NOME E COGNOME	STRUTTURA DI APPARTENENZA	RUOLO
dr. Antonella Aimar	Dirigente Medico – Ospedale SS. Annunziata Savigliano – ASLCN1	Componente
dr. Paola Barone	Dirigente Medico – Ospedale Maggiore di Chieri – ASLTO5	Componente
dr. Stefania Bezzio	Dirigente Medico – Ospedale S. Croce Moncalieri – ASLTO5	Componente
dr. Claudia Bondone	Dirigente Medico – Ospedale Infantile Regina Margherita – AOU Città della Salute e della Scienza	Responsabile del documento
dr. Valeria Dedonno	Dirigente Medico – Ospedale S. Croce e Carle Cuneo -	Componente
dr. Marco Erbeia	Dirigente Medico – ASO Maggiore della Carità – Novara	Componente
dr. Massimo Lanza	Dirigente Medico – Ospedale Civile di Chivasso – ASLTO4	Componente
dr. Maddalena Lupica	Dirigente Medico – Ospedale degli Infermi – ASLTO5	Componente
dr. Cinzia Marciano	Dirigente Medico – Ospedale SS. Biagio e Arrigo – Alessandria	Componente
dr. Fabio Massara	Dirigente Medico – Ospedale Ordine Mauriziano – Torino	Componente
Dr. Federica Mignone	Dirigente Medico – Ospedale Cardinal Massaia Asti - ASLAT	Componente
dr. Fulvia Negro	Dirigente Medico – Ospedale Infantile Regina Margherita – AOU Città della Salute e della Scienza	Componente
dr. Pagano Manuela	Dirigente Medico – Ospedale – Ciriè	Componente
dr. Maurizio Pescarmona	Dirigente Medico – Ospedale – Ivrea	Componente
dr. Paola Pistamiglio	Dirigente Medico – Ospedale Martini – ASLTO1	Componente
dr. Luca Roasio	Dirigente Medico – Ospedale – Pinerolo – ASLTO5	Componente
dr. Giuseppe Signorile	Dirigente Medico – Ospedale Maria Vittoria – ASLTO2	Componente
dr. Eleonora Tappi	Dirigente Medico – Ospedale Infantile Regina Margherita – AOU Città della Salute e della Scienza Presidente SIMEUP – Regione Piemonte	Componente

3. Scopo

Obiettivi del presente documento sono :

- individuare criteri condivisi di valutazione dei pazienti pediatrici che necessitano di trasporto interospedaliero
- definire i ruoli e le responsabilità dei professionisti che hanno in carico il paziente e che effettuano il trasporto
- definire le responsabilità dei professionisti che accolgono il paziente all'arrivo nell'ospedale di destinazione

4. Campo di applicazione

La presente procedura si applica per il trasporto interospedaliero urgente del paziente pediatrico da e verso i pronto soccorso pediatrici degli ospedali piemontesi rappresentati nel gruppo di lavoro, nonché del paziente pediatrico ricoverato nei reparti di pediatria degli ospedali periferici verso i pronto soccorso degli ospedali di riferimento, sede di competenze multi-specialistiche.

Per il trasporto del neonato critico con STEN si rimanda alle specifiche procedure aziendali.

5. Responsabilità

I Direttori delle SS.CC. interessate sono responsabili della verifica dell'applicazione della procedura, ciascuno per il proprio ambito di competenza.

6. Definizioni ed acronimi

ASL TO1	Azienda Sanitaria Locale Torino 1
ASLTO2	Azienda Sanitaria Locale Torino 2
ASLTO3	Azienda Sanitaria Locale Torino 3
ASLTO4	Azienda Sanitaria Locale Torino 4
ASLTO5	Azienda Sanitaria Locale Torino 5
ASLCN1	Azienda Sanitaria Locale Cuneo 1
ASLAT	Azienda Sanitaria Locale Asti
DEA	Dipartimento Emergenza Accettazione
MSA	Mezzo di soccorso avanzato
PS	Pronto soccorso
S.C./SS.CC.	Struttura/e Complessa/e
TANTO	Trasporto Avanzato Neonatale Torino e provincia
STEN	Servizio di Trasporto di Emergenza del Neonato
PEWS	Pediatric early warning score
SIMEUP	Società di Medicina di Emergenza Urgenza Pediatrica

7. Documenti di riferimento

- Progetto TANTO per la regolamentazione degli interventi di trasporto neonatale di emergenza/urgenza per Torino e provincia – Azienda Ospedaliera OIRM/S. Anna Prot.31908 del 22/06/2010.
- Raccomandazioni per il trasporto inter ed intraospedaliero del paziente critico. SIAARTI
- Johnson K. Ground critical care transport: a lifesaving intervention. Crit Care Nurse 2006 Feb; 26(1):80,77

- Vos GD, Nissen AC, Nieman FH, Meurs MM, van Waardenburg DA, Ramsay G, Donckerwolcke RA. Comparison of interhospital pediatric intensive care transport accompanied by a referring specialist or a specialist retrieval team. *Intensive Care Med.* 2004 Feb;30(2):302-8
- Vos GD, Nieman FH, Meurs AM, Van Waardenburg DA, Ramsay G, Donckerwolcke RA. Problems in interhospital pediatric intensive care transport in The Netherlands: results from a survey of general pediatricians. *Intensive Care Med.* 2003 Sep;29(9):1555-9
- Edge WE, Kanter RK, Weigle CG, Walsh RF. Reduction of morbidity in interhospital transport by specialized pediatric staff. *Crit Care Med.* 1994 Jul;22(7):1073-4
- Amoretti, Piccotti, Di Pietro Transportation of critically ill children: guidelines *Pediatr. Med Chir* 2003 25(3):169-73
- American Academy of Pediatrics Committee on Hospital Care: Guidelines for Air and Ground Transportation of Pediatric Patients. *Pediatrics.* 1986 Nov; 78(5): 943-50
- Woodward GA, Insoft RM, Pearson-Shaver AL, Jaimovich D, Orr RA, Chambliss R, Abramo TJ, Bose C, Gomez MA, Westergaard F. The state of pediatric interfacility transport: consensus of the second National Pediatric and Neonatal Interfacility Transport Medicine Leadership Conference. *Pediatr Emerg Care.* 2002Feb;18(1): 38-43
- Protocol for the inter hospital transfer of patients and their records www.crestni.org.uk/protocol.pdf
- Guidelines for pediatric interfacility transport programs www.emsa.ca.gov/aboutemsa/emsa181.pdf
- King BR, King TM, Foster RL, McCans KM. Pediatric and neonatal transport teams with and without a physician: a comparison of outcomes and interventions. *Pediatr Emerg Care* 2007 Feb;23(2):77-82.
- Transport of critically ill adults. J Ehrenwerth et altri. *Critical Care Medicine* 1986, vol 14, n° 6, 543-7
- Il trasporto del paziente critico: extraospedaliero, interospedaliero ed intraospedaliero. Organizzazione del percorso assistenziale e responsabilità. *N&A mensile italiano del soccorso* anno 16° 174 aprile 2007 18-24
- Organizzazione del trasporto interaziendale dei pazienti critici. *N&A mensile italiano del soccorso* anno 14° dicembre 2005 12-15
- Committee of the American College of Critical Care Medicine; Society of Critical Care Medicine and American Association of Critical Care Nurses transfer guidelines Task Force. Guidelines for the transfer of critically ill patients. *Critical Care Medicine* 1993; Vol 21 No 6 pp 931-937.
- Fromm RE, Dellinger RP: Transport of critically ill patients. *J Int Care Med* 1992; 7:223-233.
- Gentleman D., Dearden M., Midgley S., Maclean D.; Guidelines for resuscitation and transfer of patients with serious head injury, *British Medical Journal*, 307, 547-552, 1993
- Guideline for the Management of Severe Head Injury, Supporter and Foundend by: the Brain Trauma Foundation. Version V, February 1995.
- Hurst JM, Davis KJr, et al.: Cost and complications during inhospital transport of critically ill patients: a retrospective cohort study. *The Journal of Trauma* 1992; 33,4,582-5.
- Smith I., Fleming S., et al.: Mishaps during transport from the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 1990 mar., 18(3): 278-81.
- Venkataraman ST., Orr RA.: Intrahospital transport of critically ill patients. *Critical Care Clinics*, 1992 Jul., 8(3), 525-31.

8. Modalità operative del trasporto per il paziente pediatrico

8.1 Definizione della classe di rischio, del personale e del mezzo per il trasporto

Il criterio principale di riferimento per la scelta della tipologia di trasporto è la condizione clinica del paziente ed in particolare la sua criticità.

Per "paziente critico" si intende colui il quale, a causa di una grave compromissione di uno o più organi e/o apparati, deve dipendere da strumenti di controllo delle funzioni vitali e/o da monitoraggio e/o terapia avanzati.

In relazione alla criticità del paziente adulto si distinguono cinque livelli di assistenza per il trasporto interospedaliero (Classi di rischio di Ehrenwerth), che individuano la tipologia del personale e del mezzo ottimali per l'accompagnamento del paziente stesso.

Diversamente per il paziente pediatrico non esistono attualmente in letteratura criteri validati per definire il livello di criticità del bambino da trasportare e conseguentemente il livello assistenziale necessario.

All'interno del gruppo di lavoro le modalità operative di trasporto del paziente pediatrico e i criteri adottati per valutarne la criticità non sono omogenei. In alcuni presidi viene attualmente utilizzata la classificazione di Ehrenwerth anche per i pazienti pediatrici; in altri tale classificazione è stata modificata con delle specifiche relative all'età evolutiva; in altri ancora la valutazione avviene secondo il giudizio clinico del pediatra congiuntamente al parere del medico anestesista e rianimatore. In ogni realtà sono inoltre in vigore procedure organizzative differenti che stabiliscono, anche in virtù delle diverse dotazioni organiche, il personale preposto di volta in volta all'accompagnamento del bambino.

Tenuto conto di tale situazione il gruppo di lavoro ritiene indispensabile dotarsi di strumenti valutativi comuni che valorizzino le caratteristiche peculiari del paziente in età evolutiva rispetto al paziente adulto, sia dal punto di vista fisico che emotivo, al fine di raggiungere anche una maggiore omogeneità di comportamento tra i diversi presidi.

È stato pertanto elaborato, a partire dalla classificazione di Ehrenwerth, uno strumento di valutazione pediatrica (allegato 1) del bambino che deve essere trasportato, con l'obiettivo di stabilirne le necessità assistenziali minime durante il trasporto, sia in termini di personale di accompagnamento che di mezzo di trasporto.

In base a tali necessità il paziente pediatrico viene classificato nelle seguenti classi di rischio

Classe I

I pazienti appartenenti alla classe I possono essere trasportati in ambulanza di base o auto medica, con i Volontari del Soccorso. Non è necessario l'accompagnamento da parte di personale sanitario

Classe II

Per i pazienti della classe II il livello assistenziale minimo durante il trasporto è garantito dall'utilizzo dell'ambulanza di base e dall'assistenza di personale infermieristico.

Classe III

I pazienti che rientrano in questa classe di rischio sono caratterizzati da una situazione di relativa stabilità clinica, ma presentano spesso quadri patologici a rischio di evolvere negativamente in un breve periodo di tempo. È peraltro esperienza comune del gruppo di lavoro la criticità nel definire le reali necessità assistenziali durante il trasporto dei bambini che presentino tali caratteristiche.

Per tale motivo, tenuto conto della rapidità con cui i soggetti in età pediatrica possono andare incontro a peggioramento clinico anche significativo, il gruppo di lavoro ritiene indispensabile considerare il tempo previsto di trasporto quale variabile fondamentale per definire le necessità assistenziali minime dei pazienti in questa fascia di rischio in rapporto alle condizioni cliniche del paziente alla partenza.

Pertanto si ritiene indicato quanto segue:

- tempo di trasporto previsto inferiore a 30 minuti (trasporti area urbana) : il livello assistenziale minimo durante il trasporto è garantito dall'utilizzo dell'ambulanza di base e dall'assistenza di personale medico - infermieristico

- tempo di trasporto previsto superiore a 30 minuti (trasporti area extraurbana) : il livello assistenziale minimo durante il trasporto è garantito dall'utilizzo dell'ambulanza di base e dall'assistenza da parte di personale medico e personale infermieristico con competenza nella gestione dell'urgenza pediatrica. La composizione dell'equipe di trasporto, e l'utilizzo dell'ambulanza di rianimazione saranno stabiliti dalla valutazione congiunta di Pediatra e Anestesista.

Classi IV

Per i pazienti della classe IV il livello assistenziale minimo durante il trasporto è garantito dall'utilizzo dell'ambulanza di rianimazione e dall'assistenza da parte di medico rianimatore e personale infermieristico.

In alcuni casi l'anestesista potrà avvalersi della collaborazione del pediatra durante il trasporto.

In tutti i casi il bambino potrà essere trasportato con mezzi o personale di accompagnamento indicati per le classi di rischio superiori, ove previsto dalla organizzazione in essere nella struttura di partenza.

8.2 Indicazione al trasporto

La decisione sulla necessità e sulle modalità del trasporto spetta al pediatra che ha in carico il bambino, unitamente a eventuali consulenti in base alla tipologia di patologia del paziente (chirurgo, ortopedico ecc) e, ove necessario, all'anestesista.

Nel caso l'indicazione al trasferimento del paziente presso l'ospedale Regina Margherita venga posta in seguito alla carenza di posto letto nel presidio inviante e non in base alla necessità clinica di ricovero in un contesto multispecialistico, il trasferimento del paziente è possibile solo in caso di posto letto disponibile presso l'ospedale Regina Margherita.

8.3 Valutazione del paziente e definizione del mezzo di trasporto e del personale necessario

Il pediatra definisce le necessità assistenziali minime per il trasporto mediante la valutazione pediatrica di rischio (allegato 1).

La tipologia del mezzo di trasporto e il personale necessario vengono stabiliti, nel rispetto delle necessità assistenziali minime, dal pediatra che ha in carico il paziente unitamente a eventuali consulenti, in accordo con le procedure già in uso nei diversi presidi.

8.4 Consenso informato ed informazione ai parenti

I genitori/tutori legali del paziente minorenni devono essere informati sulle motivazioni e sui rischi del trasporto e devono dare il loro assenso. La raccolta del consenso deve essere documentata con firma dei genitori/tutori legali sulla scheda di accompagnamento (allegati 2). Se ciò non è possibile per assenza del genitore/tutore legale o per difficoltà di comunicazione a livello linguistico, deve essere annotato sulla scheda di accompagnamento.

8.5 Contatto con la Struttura ricevente

Il pediatra che ha in carico il paziente contatta la Struttura ricevente per prendere accordi e trasmettere le informazioni necessarie, chiedendo nome e recapito telefonico del medico di riferimento, che annota sulla scheda di accompagnamento (allegato 2).

Nel caso di trasferimento verso l'ospedale Regina Margherita, se il paziente è assistito in Pronto soccorso /OBI verrà contattato il Pronto Soccorso del Regina Margherita. Nel caso il paziente sia ricoverato in Pediatria/Nido il trasporto avverrà verso il Pronto Soccorso solo in caso di necessità di stabilizzazione clinica all'arrivo o definizione diagnostica urgente. Diversamente il trasporto avverrà con accesso diretto al reparto di competenza (Rianimazione o reparto a competenza specialistica) senza passare dal Pronto Soccorso, previo contatto per verificare la disponibilità di posto letto.

8.6 Attivazione del trasporto e preparazione del paziente

La preparazione del paziente, le modalità e responsabilità nell'attivazione del trasporto si svolgono in accordo con le procedure in uso nei singoli presidi ospedalieri.

8.7 Documentazione clinica

Il pediatra che ha in carico il paziente e il personale che effettua il trasporto compilano la scheda di accompagnamento (allegato 2) nelle sue diverse sezioni e la allegano alla documentazione clinica del paziente stesso che deve essere completa, fatta eccezione per eventuali accertamenti in corso, dei quali sia possibile il successivo invio o comunicazione.

8.8 Arrivo al Pronto Soccorso della Struttura ricevente

All'arrivo del paziente il medico che lo prende in carico acquisisce la documentazione clinica, compila la scheda di accompagnamento (allegato 2) e ne tiene copia da allegare alla documentazione clinica del paziente, restituendo l'originale al personale sanitario che ha trasportato il paziente.

9. Indicatori di processo e di esito

Numero di schede di accompagnamento compilate / numero di trasporti interospedalieri effettuati verso Pronto Soccorso.

Numero di segnalazioni di criticità nell'applicazione della procedura effettuate ai Responsabili delle S.C. Pediatria o alle Direzioni Sanitarie di Presidio / numero di trasporti interospedalieri effettuati.

10. Modalità di verifica dell'applicazione

La raccolta e l'analisi dei dati è responsabilità Direttori delle SS.CC. coinvolte.

La discussione dei risultati con finalità di verifica e miglioramento è effettuata almeno annualmente in una riunione del gruppo di lavoro.

11. Riflessioni del gruppo di lavoro

Le difficoltà incontrate dal gruppo di lavoro nel redarre la presente procedura sono emerse principalmente nella definizione delle classi di rischio del paziente pediatrico da trasportare e delle relative dotazioni di personale e mezzi di trasporto adeguati, in particolar modo per quanto riguarda i pazienti della classe III. Tali difficoltà sono attribuibili sia alla mancanza di riferimenti specifici nella letteratura scientifica, ma anche alle differenze di comportamento in essere tra le varie strutture coinvolte, conseguentemente alle diverse dotazioni strutturali (reperibilità del Pediatra, rapporti con il Servizio di Anestesia e Rianimazione, carenza di mezzi di trasporto avanzati).

Alla luce del confronto e del lavoro svolto il gruppo di lavoro intende pertanto sottolineare tali diversità, al fine di sollecitare gli organi competenti a uniformare le dotazioni di personale e mezzi di trasporto ove necessario in misura congrua a garantire il rispetto delle necessità minime assistenziali nel trasporto del paziente pediatrico.

12. Allegati

1. Classi di rischio per il trasporto del paziente pediatrico
2. Scheda di accompagnamento

Allegato 1. Classi di rischio per il trasporto del paziente pediatrico

Classe	Definizione	Necessità assistenziali minime
I	<p>Il paziente :</p> <ul style="list-style-type: none"> - non richiede monitoraggio - non ha bisogno di una linea venosa - non richiede somministrazione di ossigeno - non viene trasferito in terapia intensiva 	<p>Ambulanza di base o auto medica Volontari del soccorso</p>
II	<p>Il paziente :</p> <ul style="list-style-type: none"> - richiede rilevazioni non frequenti dei parametri vitali - può richiedere una linea venosa - non richiede somministrazione di ossigeno - può richiedere valutazione del dolore e somministrazione di antidolorifici - non viene trasferito in terapia intensiva 	<p>Ambulanza di base Personale infermieristico</p>
III	<p>Il paziente :</p> <ul style="list-style-type: none"> - richiede rilevazioni seriate dei parametri vitali - richiede una linea venosa - può richiedere somministrazione di ossigeno - può presentare modesto/ lieve distress respiratorio - può presentare compromissione dello stato di coscienza con GCS > 9 - può richiedere decisioni terapeutiche durante il trasporto 	<p>Tempo di trasporto < 30 minuti (trasporto area urbana)</p> <p>Ambulanza di base Pediatra – personale infermieristico</p>
		<p>Tempo di trasporto > 30 minuti (trasporto area extraurbana)</p> <p>Ambulanza di base o di rianimazione (previa valutazione) Medico con competenza nella gestione dell'urgenza pediatrica (Pediatra o anestesista, dopo valutazione congiunta) – personale infermieristico</p>
IV	<p>Il paziente :</p> <ul style="list-style-type: none"> - richiede monitoraggio continuo dei parametri vitali - richiede 1 o 2 linee venose - può richiedere supporto circolatorio (fluidi a bolo, inotropi) - può richiede somministrazione di ossigeno e supporto ventilatorio - può presentare severo distress respiratorio - può presentare compromissione dello stato di coscienza con GCS < 9 - è trasferito in terapia intensiva 	<p>Ambulanza di rianimazione Anestesista rianimatore – personale infermieristico</p>

SCHEMA DI TRASPORTO INTEROSPEDALIERO PEDIATRICO

Presidio di invio	Presidio di arrivo	
Pediatra Inviante	Medico Ricevente	
Tel/Fax	Tel/Fax	
DATI DEL PAZIENTE		
Cognome Nome		Nato il
Allergie		
Patologie croniche		
Ricoverato il		Peso kg
Diagnosi all'ingresso		
Esami effettuati	Allegati	
	In corso	
Decorso clinico		
Terapie effettuate	farmaco	date
Terapia in corso (ultime 24 h)	farmaco e posologia	ora ultima somministrazione
Analgesia		
Sedazione		
Motivo dell'invio		

DATI DEL PAZIENTE ALLA PARTENZA					
Trauma	Si	Cranico	Fratture immobilizzate	Collare	Spinale
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	No <input type="checkbox"/>				
Coscienza	A <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>	P <input type="checkbox"/>	U <input type="checkbox"/>	GCS
Scala del dolore (1-10)					
Cute				Mucose	T °C
Vie aeree	Pervie <input type="checkbox"/>				
	Guedel <input type="checkbox"/>	Intubazione oro-tracheale <input type="checkbox"/> naso-tracheale <input type="checkbox"/>			Tracheotomia <input type="checkbox"/>
Respiro	SatO2	%	FiO2	%	FR atti/min
	Autonomo <input type="checkbox"/>		Ventilazione manuale <input type="checkbox"/>		Ventilazione Meccanica <input type="checkbox"/>
Circolo	FC	/min	Refill	PAOS	mmHg
Presidi	Accesso venoso				
	Altri				
Consenso informato al trasporto					
Firma del Medico inviante				Data ora	

DATI DEL PAZIENTE DURANTE IL TRASPORTO								
Partenza h				Arrivo h				
h.	FC	Refill	PAOS	SatO2	FiO2	FR	GCS	T
Fluidi somministrati								
Farmaci somministrati								
Variazione delle condizioni cliniche / Note								
Medico trasportatore					Infermiere trasportatore			

DATI DEL PAZIENTE ALL'ARRIVO					
Codice	Rosso <input type="checkbox"/>	Giallo <input type="checkbox"/>	Verde <input type="checkbox"/>	Bianco <input type="checkbox"/>	
Trauma	Si <input type="checkbox"/>	Cranico <input type="checkbox"/>	Fratture immobilizzate <input type="checkbox"/>	Collare <input type="checkbox"/>	Spinale <input type="checkbox"/>
	No <input type="checkbox"/>				
Coscienza	A <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>	P <input type="checkbox"/>	U <input type="checkbox"/>	GCS
Scala del dolore (1-10)					
Cute				Mucose	T °C
Vie aeree	Pervie <input type="checkbox"/>				
	Guedel <input type="checkbox"/>	Intubazione oro-tracheale <input type="checkbox"/> naso-tracheale <input type="checkbox"/>			Tracheotomia <input type="checkbox"/>
Respiro	SatO2	%	FiO2	%	FR atti/min
	Autonomo <input type="checkbox"/>		Ventilazione manuale <input type="checkbox"/>		Ventilazione Meccanica <input type="checkbox"/>
Circolo	FC	/min	Refill	PAOS	mmHg
Presidi	Accesso venoso				
	Altri				
Data e ora					
Firma del Medico ricevente					

Numeri telefonici

ASL	Presidio	Telefoni	
ASLTO1	Ospedale Martini	011 70952602 329 1714710	Pronto Soccorso Dect Pediatria
ASLTO2	Ospedale Maria Vittoria	011 4393261 011 4393260	Pronto soccorso
	AO Ordine Mauriziano	011 5082372 011 5082748 011 5082428	Pronto soccorso Dect Pediatria Nido
ASLTO3	Ospedale di Pinerolo	338 6854475	Dect Pediatria
ASLTO3	Ospedale degli Infermi di Rivoli	011 9551407 329 7507283	Reparto pediatria Dect Pediatria
ASLTO4	Ospedale Ciriè	011 9217807 348 3008434	Pronto Soccorso Dect Pediatria
	Ospedale Civile di Chivasso	011 9176136	Dect Pediatria
	Ospedale di Ivrea	0125 414299	
ASLTO5	Ospedale Santa Croce Moncalieri	011 6930224 011 6930731	Pronto soccorso Dect Pediatria
	Ospedale Maggiore di Chieri	011 94293155 011 94294522	Pronto Soccorso Dect Pediatria
ASLCN1	Ospedale SS. Annunziata Savigliano	0172 719378 0172 719860	Pronto Soccorso Dect Pediatria
ASLCN1	Ospedale Mondovi	0174 677486 0174 677242	Pediatria di Guardia Pronto soccorso
ASO S. Croce e Carle	ASO S. Croce e Carle – Cuneo		
A.O. SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo	Ospedale Infantile C. Arrigo Alessandria	0131 207224 0131 207221	Pronto Soccorso Pediatria
ASLAT	Azienda Sanitaria Locale di Asti	0141 489420 0141 489840	Pronto soccorso Dect Pediatria
ASO Maggiore della Carità	ASO Maggiore della Carità Novara	0321 3733790 0321 3733482	Pronto Soccorso Reparto Pediatria
ASL Novara	Ospedale Borgomanero	0322 848275	Reparto Pediatria
AO Città della Salute e della Scienza	Ospedale Infantile Regina Margherita – Pronto Soccorso	011 3135059 011 3135063 011 3135064 011 3135056	Guardiola Infermieri Stanza Medicina 3 Stanza Medicina 4 Stanza Chirurgia 1