

**PRIMA DIAGNOSI / PRIMA DOCUMENTAZIONE  
PER ADULTI**



Nome del paziente:	.....
Data di nascita:	.....
Data della visita:	.....
Ora della visita:	.....
Il paziente ha 40-59 anni	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì (= Minor RF)
Il paziente ha più di 60 anni	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì (= Major RF)

**Scheda di documentazione e algoritmo decisionale per le prime cure per adulti con una lesione alla testa, modificate secondo la regola CHIP, Smits et al. 2007**

<b>A Informazioni anamnestiche</b>				
<b>Evento infortunistico</b>	Data dell'infortunio	Ora dell'infortunio	Notificato da	<input type="checkbox"/> Paziente <input type="checkbox"/> Altra persona
1. Tipo di infortunio:	incidente stradale come		<input type="checkbox"/>	occupante del veicolo
			<input type="checkbox"/>	motociclista
			<input type="checkbox"/>	ciclista
			<input type="checkbox"/>	pedone
	caduta		<input type="checkbox"/>	
	altro infortunio		<input type="checkbox"/>	
	non chiaro		<input type="checkbox"/>	
2. Modalità dell'infortunio:				
3. Si tratta di un infortunio con meccanismo pericoloso*?			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì (= Major RF)	
			<input type="checkbox"/> Non noto	
* Ad esempio: pedone/ciclista contro automobile, conducente separato dai veicoli, caduta dall'alto				
<b>Terapia anticoagulante/coagulopatia</b>			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì (= Major RF)	

<b>B Sintomi clinici associati all'infortunio</b>				
1. <u>Perdita di coscienza?</u> Dopo l'infortunio il paziente ha perso conoscenza?			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì (= Minor RF)	Durata: .....
2. <u>Amnesia anterograda?</u> Vi sono degli eventi avvenuti poco DOPO l'infortunio che il paziente non riesce a ricordare?	<input type="checkbox"/> Non noto		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì (= Minor RF)	
3. <u>Amnesia posttraumatica?</u> Confusione e incapacità di acquisire nuovi ricordi?	<input type="checkbox"/> Non noto		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> Durata: 2-4 ore (= Minor RF) <input type="checkbox"/> Durata: > 4 ore (= Major RF)
4. <u>Crisi epilettiche:</u> dopo l'infortunio sono state osservate crisi epilettiche?			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì (= Major RF)	
	Dettagli:			
5. <u>Vomito</u> dopo l'infortunio?			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì (= Major RF)	

<b>C Esame obiettivo</b>		
1. Glasgow Coma Score attuale (spuntare sempre la reazione migliore)		
<b>Apertura degli occhi</b>	<input type="checkbox"/> spontanea	4
	<input type="checkbox"/> su richiamo	3
	<input type="checkbox"/> dopo stimolo doloroso	2
	<input type="checkbox"/> nessuna	1
<b>Comunicazione verbale</b>	<input type="checkbox"/> orientata, chiara	5
	<input type="checkbox"/> confusa	4
	<input type="checkbox"/> singole parole	3
	<input type="checkbox"/> singoli suoni	2
	<input type="checkbox"/> nessuna	1
<b>Reazione motoria</b>	<input type="checkbox"/> su richiamo	6
	<input type="checkbox"/> movimenti di difesa specifici	5
	<input type="checkbox"/> movimenti di difesa aspecifici	4
	<input type="checkbox"/> movimenti di flessione	3
	<input type="checkbox"/> movimenti di estensione	2
	<input type="checkbox"/> nessuna	1
<b>Punteggio totale</b>		
2. Risultati dell'esame fisico:		
a Deficit neurologici focali Se sì: quale(i)?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì (= Minor RF)
b Trauma cranico? Vi sono segni dell'azione di un'energia diretta sul capo (p. es. segni di contusione)?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì (= Minor RF)
c Esistono segni clinici di frattura del cranio?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì (= Major RF)

<b>D Diagnosi (si prega di spuntare) e indicazione per TC del cranio</b>			
Quali criteri diagnostici della Federazione europea delle società neurologiche (EFNS) (Vos et al 2012) sono soddisfatti?			
	<b>Classificazione</b>	<b>Caratteristiche</b>	<b>Indicazione per TC del cranio immediato</b>
<input type="checkbox"/>	- Categoria 1	GCS = 15 all'ammissione in ospedale Nessun fattore di rischio o solo 1 fattore di rischio "minor" Trauma del capo, nessuna lesione cerebrale	No
<input type="checkbox"/>	- Categoria 2	GCS = 15 all'ammissione in ospedale ≥ 1 "major" o ≥ 2 "minor" RF	Sì
<input type="checkbox"/>	- Categoria 3	GCS = 13 – 14 all'ammissione in ospedale	Sì
<input type="checkbox"/>	Lesione cerebrale traumatica di media gravità	GCS = 9 – 12	Sì
<input type="checkbox"/>	Lesione cerebrale traumatica grave	GCS = ≤ 8	Sì
<input type="checkbox"/>	Lesione cerebrale critica	GCS = 3 – 4 Perdita di reazione pupillare Segni motori di decerebrazione	Sì

<b>E Diagnosi e trattamento (si prega di spuntare)</b> Sono state programmate le seguenti procedure diagnostiche e terapeutiche?		
<input type="checkbox"/>	Tomografia computerizzata del cranio (cCCT)	Consigliata per tutti i pazienti con lesione cerebrale traumatica lieve a partire dalla categoria 2 (vedi D) e in caso di peggioramento del GCS durante il decorso
<input type="checkbox"/>	Dimissione al domicilio	Consigliata per tutti i pazienti con lesione cerebrale traumatica lieve di categoria 1 e 2 con TC del cranio negativa
<input type="checkbox"/>	Osservazione per 24 ore	Consigliata per tutti i pazienti con lesione cerebrale traumatica lieve di categoria 2 con TC del cranio anormale senza indicazioni chirurgiche e per tutti i pazienti con lesione cerebrale traumatica lieve di categoria 3 con TC del cranio normale o anormale senza indicazioni chirurgiche
<input type="checkbox"/>	Trasferimento in un centro per traumi neurologici	Consigliato per tutti i pazienti con lesione cerebrale traumatica lieve con TC del cranio anormale e indicazioni chirurgiche come pure per i pazienti con lesioni cerebrali di media gravità, gravi e critiche.
<input type="checkbox"/>	Informazione del paziente con foglio informativo per pazienti che hanno subito una lesione cerebrale traumatica lieve (MTBI)	Consigliata per tutti i pazienti con lesione cerebrale traumatica lieve
	Trattamento medico in fase subacuta	Consigliato per tutti i paziente con lesione cerebrale traumatica lieve 2 – 14 giorni dopo l'evento
	Centro di riferimento:	
	Data consigliata:	

Questionario di valutazione compilato il (data):	da (nome e timbro):
--	---------------------

<b>Allegato fattori di rischio (regola CHIP, Smits et al. 2007)</b>		
	<b>major</b>	<b>minor</b>
Età	≥ 60 anni	40 – 60 anni
Perdita di conoscenza		+
Vomito	+	
Crisi posttraumatica	+	
Terapia anticoagulante	+	
GCS < 15	+	
Sospetta frattura aperta del cranio o impressione del cranio	+	
Segni clinici di frattura del cranio o della base cranica	+	
Amnesia posttraumatica	≥ 4 ore	2 – 4 ore
Amnesia anterograda persistente *		+
Deficit neurologico focale		+
Contusione cranica		+
Peggioramento del GCS	≥ 2 punti	< 2 punti
Meccanismo pericoloso **	+	

\* Amnesia anterograda persistente è definitiva come qualsiasi forma di disturbo della memoria recente

\*\* Pedone/conducente di un veicolo a due ruote contro autoveicolo, conducente separato dal veicolo

La scheda di documentazione compilata per intero deve essere inviata all'assicurazione infortuni competente, dopo esserne venuto a conoscenza (posizione Tarmed 00.2215).

Si prega di inviare una copia al medico che prosegue la cura.

Questa scheda di documentazione può essere scaricata dal sito della Suva [www.suva.ch](http://www.suva.ch) o dal sito dell'ASA [www.svv.ch](http://www.svv.ch).

Suva / Associazione Svizzera d'Assicurazioni

Copyright: Johannes/Schmidt 2018

Con il supporto della Suva e dell'ASA