

Scheda di rilevazione statistica per incidenti subacquei

Ti consiglio di tenere la scheda in computer e compilarla all'arrivo del subacqueo incidentato

Da inviare compilata a embolia@virgilio.it • coordinatore: Dr. Paolo Della Torre

Centro Iperbarico di _____ mese di _____

Paziente _____ (numero progressivo e/o iniziali)

Età _____ Sesso _____

Pregresse P.D.D (specifica: numero, data di insorgenza, cause apparenti, trattamento, eventuale ricerca di shunts dx-sx)

Grado di esperienza (brevetto, qualifica, immersioni/anno...) _____

Fattori di rischio o condizioni ritenute favorenti riscontrate all'anamnesi

- Traumi recenti Disturbi metabolici / dislipidemia Disidratazione Affaticamento
 Patologie in atto Eccessi alimentari Assunzione di Farmaci, ecc.
 Sedentarietà < 60 < 120 min attività fisica /sett 120><180 >180 min /sett
BMI: <25 25 >< 30 30 >< 35 >35
Fuma: si no
PFO o Shunt Dx-Sx: si no
Riferisce Emicrania dopo immersioni: si no
Ha sostenuto visita di idoneità alla attività sub attualmente valida: si no

Specifica il trauma recente _____

Immersione

Luogo e data: _____

Tempo e Profondità (elencare eventuali ripetitive ed intervallo): _____

Miscela adottate e Tecnica di immersione: _____

Decompressione attuata secondo Tabelle, Computer (Specifica) _____

Errori nella decompressione

- Risalita senza rispettare velocità e tappe Omessa decompressione

Note _____

Fattori di rischio o comportamenti ritenuti favorenti o causa

- Diagramma jojo Intenso lavoro Sforzi durante o dopo l'immersione Affanno
 Muta troppo stretta Muta insufficiente per riparare dal freddo

Note _____

Comparsa dalla sintomatologia

Dopo quanto tempo dalla riemersione: _____

Sintomodiesordio: _____

Successiva evoluzione : _____

Soccorso e trasporto

- Inviato attraverso il 118 dal Pronto Soccorso arriva autonomamente
 da altro Centro Iperbarico per prosecuzione Terapia

Note _____

- Durante il trasporto Respira O₂? (con che mezzo)

Note _____

- Assume liquidi?

Tipo e Quantità _____

- Assume Farmaci?

Tipo e Quantità _____

Trattamento ricomprensivo

Tempo intercorso dalla riemersione all'inizio del trattamento in Camera Iperbarica:

Tempo intercorso dalla comparsa dei primi sintomi all'inizio del trattamento in Camera Iperbarica:

Trattamento farmacologico (specifica anche se il Paziente è intubato, o con catetere vescicale o altro):

Tabella adottata (o diagramma della compressione):

Sintomatologia e decorso

Sintomatologia rilevata all'arrivo al Centro Iperbarico:

Sintomatologia durante il trattamento in C.I. rilevata in vari periodi:

Sintomi al termine o nelle 12 ore seguenti al trattamento

(Specifica se si è verificata una "Ricaduta" o comunque un aggravamento dei sintomi dopo la ricompressione):

Ricompressioni successive eventuali (specifica tempi e batimetrie e riassume l'evoluzione dei sintomi):

Controlli ed Esami

Esami ematochimici? (In particolare: Emocromo, Creatinina, GOT, GPT, Elettroliti, Ck, LDH, Trigliceridi, Coagulazione):

sì no

(se si specifica il tipo di esame e l'esito) _____

Ricerca per Shunt dx-sx, PFO: sì no verificato la presenza di Shunt sì no

(specifica il tipo di esame) _____

TAC, RMN, SPECT: sì no

(se si specifica il tipo di esame e l'esito) _____

Altri esami _____

Note

(Eventuale invio ad altro centro iperbarico, o di riabilitazione per prosecuzione terapie):

Follow-up

(Poco sappiamo dei tempi di guarigione per sintomi che permangono dopo il primo ciclo di trattamento ricomprensivo)

Eventuali sintomi residui ad una settimana ed in seguito sino a stabilizzazione
(valutare nel tempo il decorso dei deficit, in specie neurologici, nei casi che non si sono completamente risolti, riportando l'esito dei controlli periodici specialistici, le modalità della eventuale terapia riabilitativa, ecc.)

Terapia riabilitativa attuata

(Terapia farmacologica, fisioterapia, FREMS ecc.) _____

Eventuali visite

a 6 mesi sì no (_____)

a un anno sì no (_____)

Ripresa della attività subacquea

Luogo, data

il compilatore