



## INCIDENTI SUBACQUEI

### Scheda di rilevazione statistica SIMSI

da inviare compilata a [embolia@virgilio.it](mailto:embolia@virgilio.it) e p.c. [info@simsi.it](mailto:info@simsi.it) o fax 0544-500148

Coordinatore: Dr. Paolo Della Torre

(Si consiglia di compilare la scheda al computer all'arrivo del subacqueo incidentato)

Centro Iperbarico di \_\_\_\_\_ mese di \_\_\_\_\_

**A) Paziente** \_\_\_\_\_ ( numero progressivo e/o iniziali), Nazionalità

Età \_\_\_\_\_ Sesso |\_ | Peso \_\_\_\_\_ Altezza \_\_\_\_\_ Circonferenza Addome \_\_\_\_\_

**Pregresse P.D.D ?** (specifica: numero, data di insorgenza, sintomi, cause apparenti, trattamento....)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Ricreativo**  **O.T.S.**  **Operatore Scientifico Subacqueo OSS**

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

\_\_\_\_\_

Ha sostenuto visita di idoneità alla attività sub attualmente valida si  no

#### Attività fisica

Sedentarietà  < 120 min /sett  120><180  >180 min /sett

**Dislipidemia** alla anamnesi si  no  ( \_\_\_\_\_ )

**Fumo** si  no  ( \_\_\_\_\_ )

**PFO o Shunt Dx-Sx** si  no  non sa

#### Fattori di rischio o condizioni ritenute favorenti riscontrate all'anamnesi

Traumi recenti  Disturbi metabolici

Disidratazione  Affaticamento

Patologie in atto  Eccessi alimentari

Assunzione di Farmaci  specifica \_\_\_\_\_ )

Note: \_\_\_\_\_



**B) Immersione > Luogo e data** \_\_\_\_\_

**Tempo e Profondità** ( elenca eventuali **ripetitive ed intervallo**): \_\_\_\_\_

**Miscela adottate e Tecnica di immersione:** \_\_\_\_\_

**Decompressione attuata secondo Tabelle, Computer** ( Specifica) \_\_\_\_\_

**Errori nella decompressione** si  no  non sa

Risalita senza rispettare velocità e/o tappe

Omessa decompressione

**Note** \_\_\_\_\_

Fattori di rischio o comportamenti **durante immersione** ritenuti favorevoli o causa

Profilo YoYo  Sforzi durante o dopo l'immersione (primi 20 min')

Intenso lavoro  Percezione del **freddo**

Affanno  Muta troppo stretta

**Note** \_\_\_\_\_

**C) Comparsa dalla sintomatologia**

- Dopo quanto tempo dalla riemersione: \_\_\_\_\_
- **Sintomo di esordio:** \_\_\_\_\_
- Successiva evoluzione : \_\_\_\_\_

**D) Soccorso e trasporto**

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

**Note** \_\_\_\_\_

• **Durante il trasporto:**

• Respira Ossigeno: si  no  non so  (come: \_\_\_\_\_)

• Assume liquidi: si  no  non so  (Tipo, Quantità, Via di Somministrazione \_\_\_\_\_)

• Assume Farmaci: si  no  non so  (Tipo e Quantità \_\_\_\_\_)

**Note** \_\_\_\_\_

**E) Trattamento ricompensativo**

- 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): \_\_\_\_\_

## F) Sintomatologia e decorso

- Sintomatologia rilevata all'arrivo al Centro Iperbarico: (per la **valutazione neurologica** compila la **scheda ASIA adattata**) \_\_\_\_\_

Barrare i sintomi presenti: astenia , cefalea , nausea , vomito , vertigini , epigastralgia , prurito , eritema , dolore scapolo omerale , dolore arti inf. , dolore toracico , cervicalgia , rachialgie , dispnea , formicolii , parestesie , emiplegia , paraplegia , tetraplegia , disturbi della minzione , disturbi dell'udito , disturbi della vista , confusione mentale , coma .

note: \_\_\_\_\_

- 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):  
\_\_\_\_\_

Barrare i sintomi presenti: astenia , cefalea , nausea , vomito , vertigini , epigastralgia , prurito , eritema , dolore scapolo omerale , dolore arti inf. , dolore toracico , cervicalgia , rachialgie , dispnea , formicolii , parestesie , emiplegia , paraplegia , tetraplegia , disturbi della minzione , disturbi dell'udito , disturbi della vista , confusione mentale , coma .

note: \_\_\_\_\_

- **Eventuali ricompressioni successive** (specifica tempi e batimetrie, numero e riassumi l'evoluzione dei sintomi): \_\_\_\_\_

## G) Controlli ed Esami

- Richiesti esami ematochimici: sì  no  (se sì, specifica il tipo di esame e l'esito) \_\_\_\_\_
- Effettuata ricerca per Shunt dx-sx, PFO: 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, ecc):

---

---

I dati personali comunicati tramite la compilazione del questionario saranno trattati in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi, nel rispetto di quanto previsto dal codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 196/2003) e saranno divulgati solo ed esclusivamente in forma aggregata.

Luogo, data

---

Il compilatore

---

Tel \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_