



INCIDENTI SUBACQUEI

Scheda di rilevazione statistica SIMSI

da inviare compilata a embolia@virgilio.it e p.c. info@simsi.it o fax 0544-500148

Coordinatore: Dr. Paolo Della Torre

Follow-up

Centro Iperbarico di _____ mese di _____

A) Paziente _____ (numero progressivo e/o iniziali), Nazionalità

- **Sintomi residui dopo primo ciclo di trattamento**

Barrare tutte le 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: _____

Poco sappiamo dei tempi di guarigione per sintomi che permangono dopo il primo ciclo di trattamento ricomprensivo: utile una valutazione nel tempo del 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.) _____

- **Verificata presenza di Shunt?** sì no (se sì specifica il tipo di esame e l'esito) _____

- **Ripresa della attività subacquea?** _____

Luogo, data

Il compilatore _____

Tel _____

e-mail _____