

SCHEDA PAZIENTE

Cognome

Nome

Data e luogo di nascita

Residenza

Lingua parlata: italiano sloveno croato serbo tedesco

inglese francese altro (specificare)

Ora insorgenza dolore

Ora chiamata ambulanza

Ora ECG diagnostico

Ora contatto telefonico UTIC-Ts

Ora arrivo in Cath Lab-Ts

Allergie sì, no dubbia.....

Stroke/TIA sì no

Diatesi emorragica sì, no

Ulcera gastro-duodenale sì, no

APT cronica sì, no OAT cronica sì, no

Accesso venoso: braccio dx braccio sn

BP..... HR..... RR..... SpO2..... FiO2

Farmaci somministrati: Aspirina Nitrato β bloccante Morfina

UFH LMWH Clopidogrel Altro.....

STEMI: Anteriore Inferiore Infero-postero-laterale

Inferiore e Ventricolo Destro Laterale

Note.....

.....

.....