



# ARES 118 - AZIENDA REGIONALE PER L'EMERGENZA SANITARIA

Modulo di Rilevazione Dati per Interventi di Soccorso



A

Provincia	Tipo Mezzo	Cod. Mezzo	Ente di app.	N. Progressivo C.O.	Fascicolo	Data	Schema N.
ROMA	665	101178	3	206202	065	11/10/09	2065
Riferimento al soccorso Via e Piazza		n. PO		palaz.		scala piano inter.	
ARMENTI - ST. CARLO WALTER		20					
Q. 71 MALONE (CENIZO FRATELLI)							
Paziente (cognome e nome)		CUCCHI STEFANO		Città (Provincia)		Regione	
Nato a		Data di nascita		Codice (identificativo universale / TEAM)			
ROMA		1-10-73					

Cortina		Via o Piazza		n. civico		P. N. P. R.	
RM		CIVICO ORIZZO		51			
Patologia prog.		ANAMNESI		Codi. inferenza		Codi. Operativa co	
Allergie				Casa R		C01 Traumatica	
Terapie in uso				Strada B		C02 Cardiocircolatoria	
Soccorso/Dinamica ricorrenza		CASCO già rimesso		Scuole G		C03 Respiratoria	
		CASCO rimesso		Uffici P		C04 Neurologica	
Nota		AIRBAG ESPLOSO		Impianti sportivi Y		C05 Psicologica	
PL SISTEMI CENZI FRATELLI		CINTURE ALLACCIATE		Altri luoghi I		C06 Neoplastica	
SICUREZZA STRADALE CR.				Casi di cura		C07 Toxicologica	

Identificazione Traumi maggiori		Puntiformi		Codi. Operativa co	
<input type="checkbox"/> Caduta > 3 mt. <input type="checkbox"/> Estrazione complessa <input type="checkbox"/> Rid. volume abito/cole <input type="checkbox"/> Proiezione all'esterno <input type="checkbox"/> Motociclista/Ciclista Sbalzato <input type="checkbox"/> RTS < 11		<input type="checkbox"/> Età < 5 anni <input type="checkbox"/> Ustione 2°-3° grado <input type="checkbox"/> Frattura n. 2 e/3a lunghe <input type="checkbox"/> Ferita penetrante in cavità/Amputazione arti <input type="checkbox"/> Trauma Spinale <input type="checkbox"/> Altro Deceduto nel veicolo		C08 Metabolica C09 Gastroenterologica C10 Urologica C11 Oculistica C12 Otorinolaringoiatrica C13 Dermatologica C14 Ostetrico-Ginecologica C15 Infettiva C19 Altra patologia C20 Patologia non identificata	
<input type="checkbox"/> Età < 5 anni <input type="checkbox"/> Ustione 2°-3° grado <input type="checkbox"/> Frattura n. 2 e/3a lunghe <input type="checkbox"/> Ferita penetrante in cavità/Amputazione arti <input type="checkbox"/> Trauma Spinale <input type="checkbox"/> Altro Deceduto nel veicolo		C01 Traumatica C02 Cardiocircolatoria C03 Respiratoria C04 Neurologica C05 Psicologica C06 Neoplastica C07 Toxicologica C08 Metabolica C09 Gastroenterologica C10 Urologica C11 Oculistica C12 Otorinolaringoiatrica C13 Dermatologica C14 Ostetrico-Ginecologica C15 Infettiva C19 Altra patologia C20 Patologia non identificata		104 5:11 5:12	

A) Vie Aeree Complesse		B) Respiri		C) Emostasi	
<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Iena Consistente: <input type="checkbox"/> Genua <input type="checkbox"/> Aspirazione <input type="checkbox"/> Disp. Sovraglottico <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> O. <input type="checkbox"/> Altro		Respiri: <input type="checkbox"/> D - Espandibilità simmetrica <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> P - Emfisema sottocostale <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A - Auscultazione -> normale <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C - Freq. respiratoria		Emostasi: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R Accesso venoso: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R Refili capillare: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R Temp. corporea: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R Contatto: <input type="checkbox"/> Puntita <input type="checkbox"/> Faccia <input type="checkbox"/> Sfrutto	

Apertura Occhi		Risp. Verbale		Risp. Mo. Vite		RTS	
<input type="checkbox"/> Spontanea <input type="checkbox"/> Voce <input type="checkbox"/> Dolore <input type="checkbox"/> Nessuna		<input checked="" type="checkbox"/> Orientato <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Par. Inapp. <input type="checkbox"/> Par. Incompr. <input type="checkbox"/> Nessuna		<input checked="" type="checkbox"/> Obbedisce <input type="checkbox"/> Locali zeta <input type="checkbox"/> Retrazione <input type="checkbox"/> Flessione <input type="checkbox"/> Estensione <input type="checkbox"/> Nessuna		13-18: 0 9-12: 0 8-8: 0 4-8: 0 3: 0	

E) Esposizioni		F) Parametri vitali		G) Neurologia	
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R		Polso centrale: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R Polso radiale: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R Monitorag. ECG: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R ECG 12: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R Teletrasmissione: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R		W.C.E. a. /ell: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R Operto Int. In: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R Omnia Fin: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R	

Segni e Sintomi:  Dolore  Piloere  Vomito  Nausea  Emetesi  Molestia  Sudorazione  Epistassi  Clonici

Patologia riscontrata: **C20002**

Precedenti: **018962**, **0189655**

11/12 riferisce di non aver mai avuto problemi di salute e di aver subito un incidente di lavoro in cantiere (A SCHEDE S. CUCCHI)

Applicazione protocollo		Medico 118		Prognosi og.	
<input checked="" type="checkbox"/> Trasporto in pronto soccorso <input type="checkbox"/> Trasporto diretto in reparto di specialisti <input type="checkbox"/> Trattamento sul posto (entro trasporto) <input type="checkbox"/> Rifiuto trasporto <input type="checkbox"/> Deceduto sul posto <input type="checkbox"/> Deceduto durante il trasporto		<input type="checkbox"/> T.C.L.O. <input type="checkbox"/> Medico Primario <input type="checkbox"/> Assistenza Giuridica <input type="checkbox"/> P.N. <input type="checkbox"/> S.I.S. <input type="checkbox"/> T.S.S. <input type="checkbox"/> Rilascio Autopilot <input type="checkbox"/> Elettrocardiogramma		<input checked="" type="checkbox"/> Medico 118 <input type="checkbox"/> Medico DEA <input type="checkbox"/> Medico DEA <input type="checkbox"/> Medico DEA	

Il paziente ha espresso consenso informato al trasporto in ospedale  al trattamento sanitario  al trattamento del dati personali (D.Lgs. 196/03)  Firma

Il paziente nonostante sia stato ben informato sui rischi nel quale incorre e avendoli ben compresi rifiuta trasporto in ospedale  trattamento sanitario  Firma

Firma Infermiere 118 \_\_\_\_\_ Firma Medico 118 \_\_\_\_\_

**ARES 118**  
 CENTRALE OPERATIVA ROMA CAPITALE  
 COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE  
 Distribuita presso: **PISA**  
 In Direzione di Controllo



Ares 118

Centrale Operativa - CO118 ROMA



Regione Lazio

Cartellino dell'emergenza 09206207

Stampa effettuata il 27/10/2009 09:26:19

Dettaglio evento

Numero pazienti coinvolti	1	Operatore	
Riferimento	CARABINIERI DI TOR SAPIENZA	Telefono riferimento	062252603
Data creazione	16/10/2009 05:10:11	Data chiusura	16/10/2009 05:42:56
Data archiviazione	16/10/2009 05:48:53	Motivo archiviazione	-
Giudizio di sintesi	PC20V	E' master di duplicati	NO
E' duplicato	NO		
Luogo evento	VIA DEGLI ARMENTI civ. 90 pl. T - ROMA(RM) Localita' 81 - TOR CERVARA Municipio VII		
Note evento	SALIRA' UN CARAB. IN AMBULANZA.-		

Pazienti di intervista

Progressivo	0	Nome	-
Cognome	-	Sesso	M
Giudizio di Sintesi	PC20V	Vede Accaduto	SI
Cosciente	SI	Respira	SI
Note	RIOF. AFFETTO DA EPILESSIA, ORA DICE DI SENTIRSI POCO BENE E PRESENTA TREMORI.-		
Dettagli Accaduto	PRECEDENTI: NEUROLOGICI.		

Mezzi coinvolti nel soccorso

Mezzo intervenuto	RM665/1	Tipo	MSB	Postazione intervenuta	65-VIA DELLE PISPOLE
Annullamento	-				
Note intervento	-				
Movimentazioni	Data	Operatore	Fase		
	16/10/2009 05:12:25		INVIATO		
	16/10/2009 05:12:28		PARTITO		
	16/10/2009 05:17:40		ARRIVATO SUL LUOGO EVENTO. (Fase inserita alle 5:42:46)		
	16/10/2009 05:42:56		INTERVENTO CHIUSO-MEZZO RIPARTITO		

Pazienti trasportati

Cognome	-	Nome	-
ssso	M	Età	31 ANNI
Corrispondente paziente intervista	0	Patologia riscontrata	-
Valutazione Sanitaria	DIRIFIUTATO	Presidio Destinazione	-
Mezzo intervenuto	RM665/1		
Note	RIOF. AFFETTO DA EPILESSIA, ORA DICE DI SENTIRSI POCO BENE E PRESENTA TREMORI.-		

ARES 118  
CENTRALE OPERATIVA ROMA CAPITALE  
COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE V.F. ELETTRONIC.  
Giacca Server Co

CARTELLA INGIUNTI

S. Line P.S.  
Aut. 170/p.

Mod. 99-bis (Carceri)

1

PROVVISORIA



Ministero della Giustizia

DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA  
CASA CIRCONDARIA «REGINA COELI» - ROMA



# DIARIO CLINICO



ACCHI STEFANO

Del detenuto .....

Figlio di ..... e di .....

Nato a Roma ..... Prov. di ..... il 01/10/78

Di professione .....

Coniugato .....

Proveniente da .....

Posizione giuridica .....

Giunto in questa sede il 16/10/09

Con diagnosi di .....

### AL SUO INGRESSO:

Peso kg 52 ..... Altezza m 1,68

Roma  
"Direzione Sanitaria"

Collette D. G.

Ricovero  
 Presso CDT   
 Presso ospedale esterno

CERTIFICATO  
RICHIESTA

Visita ambulatoriale  
 Presso ospedale esterno   
 Esame strumentale  
 Presso ospedale esterno



Ordinario

Estrema Urgenza

Mezzo Comune  Mezzo per disabili

Autoambulanza 118  Autoambulanza convenzionata

Cognome... Accati ..... Nome... STEFANO ..... Sez. OST. 2° MED

Descrizione del caso clinico - Referto

12 f. ca. caduta accidentale nella giornata di ieri.  
 Cause: crollo improvviso per FBF che il deambulatore  
 ne ripulito. Attualmente lacrimante nasale  
 e adduzione di flessione. PA 160/90 FC 92 bpm  
 SpO2 98% T=36.2°C. Dolore alla base  
 del collo profonda dell'addome e dolente  
 spaccata in regione sacro-coccigea EOW: mg.

Diagnosi accertata o sospetta

caduta accidentale (per crollo improvviso) nella  
 giornata di ieri

Indicazione della sede di ricovero

AS FBF (Fate bene parlare)

Firma e tit



Osservazioni della Direzione

\_\_\_\_\_



Ministero della Giustizia  
DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA  
CASA CIRCONDARIALE «REGINA COELI» - ROMA



**VISITA MEDICA DI INGRESSO**

data 16/10/08 ora 16:35

1) Dati personali

Cognome CCANI STEFANO  
 altezza cm. 1.68 peso Kg. 52  
 nata ..... Istituto di .....

2) Anamnesi e abitudini di vita

.....  
 .....

A Patologia Prossima Ricoveri    presso .....

D'urto in P.S. Art. 110 P.  
in carcere in attesa

3) Esame obiettivo

Condizioni generali Buone  Discrete  Mediocri  Scadute   
 Apparato Cardiovascolare PA 90/60 FC 65 / minuto Ritmo irregolare  
 Apparato Respiratorio buoni risonanze  
 Addome normale  
 Apparato Linfonodale normale  
 S.N. e Psiche normale  
 Handicap motori senza deficit evidenti

4) Referti

Lesioni apprezzabili  NO  SI Descrizione .....

*Lesioni apprezzabili*

Congruità dei riferimenti con le lesioni obiettivate  NO  SI

5) Proposta, consenso informato ed effettuazione di screening d'ingresso

Test HIV	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Firma .....	Esito: <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo
Mantoux	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Firma .....	Dopo 72 h Ø mm .....
HCV Ab	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Firma .....	Esito: <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo
HBS Ag	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Firma .....	Esito: <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo
Anti - HBc	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Firma .....	Esito: <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo
VDRL	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Firma .....	Esito: <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo

6) Prescrizioni

Visite specialistiche od esami .....

Via della Lungara nr. 29 - Tel. 06-680291 Fax 06-680045

"REGINA COELI" ROMA

DIREZIONE CASA CIRCONDARIALE

MINISTERO DELLA GIUSTIZIA

Terapia  NO  SI

*DA INPSI - AL. P.S. ACC. P.S.*

Farmaco ..... posologia ..... durata terapia gg. ....

*Rivotril*

*2 g. bid*

7) Note

*Sp. in Ps. ore 16:35*

IL MEDICO

MINISTERO DELLA GIUSTIZIA DIREZIONE CASA CIRCONDARIALE



Data della visita medica	OSSERVAZIONI CLINICHE E CURE
16/10/09	Rientra da P.S. Fatebenefratelli. G. le T. Scivie
23.22	Ave. rifiuto ricovero. Riferisce un solo episodio
26.91	un episodio - [redacted]



U.O.C. Medicina Penitenziaria e  
 Ass.za Patologie da Dipendenza I° D  
 Casa Circondariale Regina Coeli  
 U.O.S. Medicina Penitenziaria  
 Via della Lungara 29 - 00145 Roma  
 Tel: 06.680291 - 06.68301544  
 Fax 06.68216312

Roma 16/10/09

CUCCHI STEFANO

Si ricovera con infezione  
 pino est 2° episodio







Azienda  
Elett  
Sudavia  
Lavori

Col. AUS

ROMA

Roma li \_\_\_\_\_

Sig. Cucchi Stefano  
u. Roma il 01.10.1978

Ore 14<sup>05</sup> Si assiste all'assunzione  
di Rivotril cp 2mg: una cp (riferisce  
di assumere anche gabapentina). Si  
rilevano lesioni ecchimotiche in regione  
palpebrale inferiore bilateralmente, di  
lieve entità e colorito purpureo. Riferisce  
dolore e lesioni anche alle regioni nasale  
ed agli arti inferiori ma rifiuta anche  
l'igiene. Evidentemente riferisce  
che le lesioni conseguono ad accidentale  
caso per le scale, avvenuta ieri.

Data della visita medica

OSSERVAZIONI CLINICHE E CURE

17.10.09  
h 11.20

Debutto finché nel pomeriggio di ieri quando sarebbe occidua l'ultima caduta per le scalfite <sup>le scalfite</sup> presenti recidive diffuse. He già ripulito ricovero presso il FBF.

Attualmente lamenta nausea e dolore diffuse.

PA 160/90 Fc 82 bpm

SpO<sub>2</sub> 98% in aria Tc 36.2°C

Lieve edematosi alle palpebre. Sono profonde dell'addome e dolore spiccate in zona pericardica.

Ed: mg.

Le ricidive invio in PS FBF per esecuzione neurosonografia ed eventuale valutazione neurochirurgica.

l

17/10/09  
ore 11,50  
22/6/11

Voluntà le condiz. del malato a fronte di stato di deterioramento della

la stessa presenza un modo per non

la stessa presenza di apprensione

in sospetto di morte del bambino.

la condiz. e il coll. di. Non

sull'aspetto di una visita medica

la stessa. Ospedale Fatebenefratelli (mag. att.)

anche del referto rx del P.I.)



10

a clinica di PS N. 2009046058

CARTELLA CLINICA DI PRONTO SOCCORSO

ESAME OBIETTIVO

Data e Ora 17/10/2009 14:35:01

Medico \_\_\_\_\_

IMMODIFICATO RISPETTO A IERI

PRESTAZIONI DI P.S.

Sessione N° 1

Medico richiedente \_\_\_\_\_

Esame \_\_\_\_\_

Risposta \_\_\_\_\_

Medico esaminante \_\_\_\_\_

INSERZIONE DI CATETERE  
VESCICALE

ESAMI DI LABORATORIO

Sessione n° 1

Medico richiedente \_\_\_\_\_

Esame \_\_\_\_\_

Risposta \_\_\_\_\_

CREATININA

EMOCROMO

GLICEMIA

POTASSIO

SODIO

AZOTEMIA

TERAPIE SOMMINISTRATE

Data e ora

Farmaco

Quantità somministrata

17/10/2009 14:36 ORUDIS FL. IM O EV

1

ESITO

Trasferito

presso SANDRO PERTINI

DIAGNOSI

FRATTURA DEL CORPO VERTEBRALE DI L3 SULL'EMISOMA SN E FRATTURA DELLA 1 VERTEBRA COCCIG  
(PZ DETENUTO)

NOTE E PRESCRIZIONI

Già emessa prognosi precedente PS

ROMA 17/10/2009

Firma di assenza di responsabilità

Roma  
" Direzione Sanitaria "

*Carillo D. J.*

11

Ricovero  
Presso CDT   
Presso ospedale esterno

CERTIFICATO  
RICHIESTA

Visita ambulatoriale  
Presso ospedale esterno   
Esame strumentale  
Presso ospedale esterno



Ordinario  Estrema Urgenza

Mezzo Comune  Mezzo per disabili

Autoambulanza 118  Autoambulanza convenzionata

Cognome *Carillo* Nome *STEFANO* Sez. *CDT. 2° MED*

Descrizione del caso clinico - Referto  
*Ripete cadute accidentali nella giornata di ieri.  
 Causate da ricovero per FBF che il debutto  
 in ospedale. Attualmente lamenta nausea  
 e dolore al fiere. PA 160/90 FC 92 bpm  
 SpO2 98% T=36.2°C. Dolore alla per  
 petua profonda dell'addome e dolente  
 spaccata in regione socio-ombelico ESW: neg.*

Diagnosi accertata o sospetta *relazione forti cadute  
 e cadute per i quali ricovero nella  
 giornata di ieri*

Indicazione della sede di ricovero  
*AS FBF (Fate bene per il)*

Firma e timbri



Osservazioni della Direzione



SPEDALE "SANDRO PERTINI" ROMA

20981 MP

1

Cognome e nome CUCCHI STEFANO  
 Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_  
 Luogo di residenza \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)  
 Telefono \_\_\_\_\_  
 Ricoverato in Roma \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
 Professione \_\_\_\_\_ Stato Civile  nu  cel  ogi  ve  div  
 Nome del  Coniuge  genitore \_\_\_\_\_  
 Medico curante \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
 Accompagnato da \_\_\_\_\_  
 Anamnesi di ingresso frattura cava vertebrale L3  
nell'ambulanza su sf. 4 vertebre coccigea  
 Osservazioni e provvedimenti del Medico di accettazione \_\_\_\_\_  
 Firma: \_\_\_\_\_

DENUNCIA <input type="checkbox"/>	CARTELLA CLINICA _____
DATA _____	N. _____ ANNO _____
INCHIESTA EPIDEMIOLOGICA <input type="checkbox"/>	CARICO DEGENZA _____
DATA _____	
	DIVISIONE <u>Medicina PROTETTA</u>
	SEZIONE _____
	LETTO N. _____
	DATA DI ACCETTAZIONE <u>17.X.09</u> ore <u>1945</u>
	DATA DI USCITA _____ ore _____
	N. NOSOGRAFICO _____
	GIORNATE DI DEGENZA _____

Diagnosi definitiva \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Esito:  guarigione  miglioramento  senza miglioramento  morte

La cura viene affidata a \_\_\_\_\_  
 di propria volontà, contro il parere dei sanitari conscio dei pericoli ai quali si espone.  
 Firma del garante \_\_\_\_\_

Consensi informati richiesti:  
 Trasfusione di sangue  
 Trattamento con emoderivati  
 Esame radiologico Contrastografico  
 Intervento Chirurgico  
 Altro  
 Patologie e/o allergie Morbo celiaco

L'archiviazione delle cartelle cliniche viene effettuata mediante scansione.  
 Le pagine in formato A3 verranno tagliate e archiviate in sequenza numerica fronte retro.

MOD. 46

IL PRIMARIO

IL DIRETTORE SANITARIO

22

# PRIMO DIARIO

COGNOME .....

DATA .....

NOME .....

## SINTESI DATI ANAMNESTICI

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## PRINCIPALI DATI OBBIETTIVI

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## ESAMI DI LABORATORIO

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## TERAPIA D'URGENZA

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

IL MEDICO DI GUARDIA

.....

### ANAMNESI FAMILIARE

.....  
 .....  
 .....

### ANAMNESI FISIOLOGICA

Nascita ..... parto ..... gemellare  SI  NO  
 Allattamento ..... sviluppo somatico .....  
 Sviluppo psichico ..... scuola frequentata .....

### VACCINAZIONI

Antivaiolosa  Antidifterica  Antitetanica  Antipoliomelittica  Altre .....  
 ..... precedenti iniezioni di siero .....

Coniugat a ..... anni ..... Gravidanza a termine ..... Figli viventi .....  
 Aborti ..... servizio militare  SI  NO causa esonero .....  
 Mestruazioni: menarca ..... caratteri dei flussi .....

Alimentazione .....  
 Caffè *2 t caffè / die* vino ..... superalcolici .....  
 fumo *nei jacobini / die* .....  
 diuresi *frdofins* ..... minzione .....  
 alvo *regolare* .....  
 Sonno ..... (dorme con n. .... cuscini). Andamento del peso corporeo .....

### ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA

morbillo	<input type="checkbox"/>	età .....	pertosse	<input type="checkbox"/>	età .....
rosolia	<input type="checkbox"/>	età .....	difterite	<input type="checkbox"/>	età .....
scarlattina	<input type="checkbox"/>	età .....	parotite	<input type="checkbox"/>	età .....
varicella	<input type="checkbox"/>	età .....			



Intolleranze alimentari e/o farmacologiche nessuna celiaca

**ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA**

Ricoverato in data odierna trasferito dall'Ospedale  
Totbenepfelli dell'Esale Tibenne dove era stato curato  
in seguito a lesioni a talora diffuse e spesse in  
refine ossee. Al presente riferisce esordio graduale  
avvenuto in data 30.09.09. Per il Ps del Totbenepfelli  
ha effettuato radiografia: non impedisce diagnosi  
di disturbi della similitudine. Rx colonna C-S e also  
coecifia: frattura del corpo vertebrale di C3 nell'Quisano  
sinistro e frattura della 1° vertebra coecifia. Al dest  
stipendio. Myo e loto osservazione e controllo serato  
dell'encicrano.



ESAMI ESEGUITI PRIMA DEL RICOVERO

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

ESAME OBIETTIVO ALL'INGRESSO

Altezza ..... Peso Kg. .... Condizioni generali buone

Sensorio e psiche integro

Stato di nutrizione discreti

Cute e mucose eczema in sede palpebrale sup e inf bilaterali decubito indifferente

Sottocutaneo non rappresentati

Linfonodi u di

Apparato muscolare devisi tonici

Temperatura ..... Polso .....

Respiro espansivo Pressione .....  
..... carattere del respiro .....

Voce ..... Tirage  Cornage   
..... Tosse  Disfonia

Capo .....  
con cefalea, eczema palpebrale bilaterale superiore e inferiore.

Ascoltazione *no frigidità RT non tremore*

CUORE:

Ispezione e palpazione

Percussione: punta a ..... cm. dalla mediosternale sul ..... spazio i.c.; a ..... cm. all' ..... della linea

Marg. D al IV spazio a ..... cm. dalla mediost. Marg. S al III spazio a ..... cm. dalla mediost.

Ascoltazione *toni netti fase libera*

VASI PERIFERICI:

*non pulsanti non frange*

ADDOME:

Ispezione *co non ventose non pns*

f f

Pupille *isocoreiche isoceliche*

Cavo orale

Mucosa Alito

Lingua *se sporge in avanti* denti

Faringe

Collo

*celebrario non palpabile*  
Tiroide *non palpabile*

TORACE:

Ispezione *non conformata*

Palpazione *dolenti in sede C-5 e occipite*

Mammelle

Percussione *suono chiaro pleurico*

68

SISTEMA NERVOSO:

Segni meningei *ment*

Riflessi: corneali ..... tricip.: ..... addom.: .....

otulei: ..... achillei: ..... plantari: .....

Nervi cranici .....

Altro .....

- Palpazione non dolente alla palpazione superficiale e profonda HY

Percussione iperacustico intercostali normoacustico

Ascoltazione crackles parziali evanescenti

Fegato marginale inf. all'area

Milza non palpabile

#### APPARATO UROGENITALE:

ndr

#### APPARATO OSTEOARTICOLARE:

U.O.C. di RADIOLOGIA DIAGNOSTICA E INTERVENTISTICA

Nome : **CUCCHI STEFANO**

Numero di codice personale : **1456516**

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Data di nascita : \_\_\_\_\_

Indirizzo : \_\_\_\_\_

Telefono : \_\_\_\_\_

Prestazioni del Giorno : 16/10/2009

Pronto Soccorso - Pronto Soccorso - PRONTO SOCCORSO

COLONNA VERTEBRALE LOMBO-SACR. , COLONNA VERTEBRALE SACRO-COCC.

L'esame radiografico mostra frattura del corpo vertebrale di L3 sull'emisoma sinistro e frattura della I vertebra coccigea

Referto verificato elettronicamente dal Dott.

\_\_\_\_\_  
alle ore 20:41 del giorno 16/10/2009

() (01990) ()

### Dati paziente

Nome paziente: 00981MP  
ID paziente: 268837  
Sesso: M  
Data di nascita:  
Stato:  
Stato di gravidanza: N/A  
Allarmi medici: N/A  
Allergie al contrasto: N/A

### Dati relativi allo studio

Numero accettazione: 483356  
Medico richiedente: N/A  
Motivo dello studio: N/A  
Data dello studio: 19-ott-2009  
Ora dello studio: 16.30.00  
Medico autore della richiesta: N/A  
Descrizione studio: COLONNA LOMBO-SACRALE (2 pr.) -BACINO (1 pr.)  
Codice della procedura: N/A  
Descrizione della procedura: COLONNA LOMBO-SACRALE (2 pr.) -BACINO (1 pr.)  
Nome Risorsa: Diagnostica 3A  
Modalità: OT

### Informazioni contenute nel referto

Stato del referto: APPROVED  
Codice diagnostico: N/A  
Impressione: N/A  
Data del referto: N/A  
Ora del referto: N/A  
Interpretazione trascritta: Depressione della meta' sin del corpo di L3 per frattura discosomatica.  
Autore del referto: N/A  
Approvatore referto:

DATA	DIARIO	ESAMI RICHIESTI e TERAPIA PRESCRITTA
1/10	<p>Paziente molto polemico -          Si gira <sup>con la testa</sup> <del>con la testa</del> mantenendo          la posizione prona. Si continua          a farsi visitare ma è comunque          scarsamente collaborante.          Presente versivola emetone repone          glutea sinistra. V. naso emetone          ed echinomi periorbitaria sinistra.          Ripute di continuare a parlare.          Ripute elanarano. Trascorre          contrattual 1 pt al bisogno im.          Impugnabile proseguire la visita          Nel pomeriggio rifete emetone.</p>	
10/09 10/09	<p>Paziente non accessibile al colloquio. Ripete          Si solleva, consulenza atordita          CAS. ORTOPODICA. Tocante a</p>	
	<p>pedute coedizic generali in          rapporto all'età vivo dolzabiv -          elle di pit periene sul tratto L2-L4          compatibile con dispost naturale          da L3 recente. Alfo benaccize          vivo. Tocante a dentato prona          coatto. Si avvio esecuzione          di rotx del tratto lombare usate          su L3 e del bacino x secro.          Eventuale smopubumto 1c          lombare ove esistano avallatiz          e/o comparsari. Da rivore dopo          rotx. Divieto assoluto di cenno          e proflexi TUB/EL de continue          Decubito a litto.</p>	
10/09	<p>alle 16.30 Si richiede Rx lombare          inglate          VIDEAT. CONSULENZA Delli Nipa          IL PAZIENTE rifiuta la visita</p>	



DATA	DIARIO	ESAMI RICHIESTI e TERAPIA PRESCRITTA
------	--------	---

20/10/09 Riposa. visita medica. riferendo dolorabilità diffusa. Contattato avendo le pressioni eseguite e l'ex Colonna lombosacrale + buona consistenza dopo la consulenza ortopedica di ieri. In attesa Riferita ECG (bradicardia).

20/10/2009 Si prende visione degli esami di laboratorio eseguiti ieri. Azotemia 161 mg/dl; aumento di acido urico, lipasi, GOT, GPT. Si propone al paziente terapia infusoria con Sol. fisiologica che il paziente rifiuta. Si raccomanda pertanto di idratazione orale (il paziente tuttavia esprime verbalmente disinteresse per le proprie condizioni di salute). Si richiede per domani controllo emeocoma, azotemia, creatinina, GOT, GPT, lipasi, amilasi, elettroliti.

21/10/09 CONS. ORTOP  
Puro viene delle rx eseguite. Si propongono con alcune lena formative. RACHIDE L4/L5 (cervicale) forma disomale L3 (cervicale). Necessità di riposo a letto indifferente posizione per età 15-20 gg (possibile anche non si ricorra a letto e verticalizzare / posizione ridotta e attiva) con collare. Cons. tipo CAP o A... tra 15-20 gg -

21/10/09 Continuato a ripetere terapia idratante. Si ha buona risposta. Riferita, insieme, mensile di

DATA	DIARIO	ESAMI RICHIESTI o TERAPIA PRESCRITTA
20/10/09	<p>Rifiuto visita medica riferendo dolorabilità diffusa. Caustrato del Anel (ortopedico) avendo le posizioni eseguite e l'Rx Colonna lombosacrale + buona consistenza dopo la consulenza ortopedica di ieri la sera.</p>	
20/10/2009	<p>Rifiuta ECG (bradicardia). Si prende visione degli esami di laboratorio eseguiti ieri. Azotemia 161 mg/dl; aumento di amilasi, Lipasi, GOT, GPT. Si propone al paziente terapia infusoria con Sol. fisiologica che il paziente rifiuta. Si raccomanda pertanto di idratazione orale (il paziente tuttavia esprime verbalmente disinteresse per le proprie condizioni di salute). Si richiede per domani controllo emecromo, azotemia, creatinina, GOT, GPT, Lipasi, amilasi, elettroliti</p>	
21/10/09	<p>CONS. ORTOP Puro viene delle rx eseguite STENOCCICIA non apparente lesioni fratture. RACHIDE LOMBARE fratture disomiliari L3 (cassa) Necessità di riposo a letto indifferente posizione per alti 15-20 gg (possibile anche non a nuovo tentativo) e verticalizzare / portarsi seduti o eretti) con corsetto C35 tipo CAP OAFI tra 15-20 gg</p>	
21/10/09	<p>Contrasto a rifiutare terapia idratante per via endovenosa Rifiuta, insere, TC aerea ad</p>	

DATA	DIARIO	ESAMI RICHIESTI e TERAPIA PRESCRITTA
------	--------	---

21/10/09 Visti gli esami ematologici eseguiti questo mattino, si si propone nuovamente al paziente ricostituzione endovenosa ma il paziente rifiuta perché vuole parlare prima con il suo avvocato e con l'assistente della comunità CEIS di Roma.  
Lo stesso, rifiuta anche di alimentarsi, come sta facendo fin dall'inizio, per lo stesso motivo. Per lo stesso motivo rifiuta anche di effettuare esami delle urine.

Stefano Gallo

Il paziente accetta comunque idratazione orale. Ha un atteggiamento apatico e diffidente. È polemico al visto che gli viene portato, affermando di non poter mangiare riso, patate e carne in quanto alliaci, come gli sarebbe stato comunicato dal medico che gli ha diagnosticato la malattia. Si cerca di spiegare al paziente che quegli alimenti non sono affatto contenenti glutine e possono essere assunti tranquillamente dai pazienti affetti da celiachia, ma appare diffidente. Si consegna al paziente una lista degli alimenti privi e contenenti glutine, scaricata dal sito dell'associazione italiana celiaca.

22/10/09  
h 6:15 Vengo chiamata dal personale infermieristico in quanto il paziente



"Direzione Sanitaria"

Collette M.P.

Ricovero

Presso CDT

Presso ospedale esterno

CERTIFICATO RICHIESTA

Visita ambulatoriale

Presso ospedale esterno

Esame strumentale

Presso ospedale esterno

Ordinario

Estrema Urgenza

Mezzo Comune  Mezzo per disabili

Autoambulanza 118  Autoambulanza convenzionata

Cognome... Collette ... Nome... STEFANO ... Sez. CDT. 2° HBD

Descrizione del caso clinico - Referto

Ripete cadute accidentali nelle giornate di ieri. Casistica ricovero per FBF che il debutto in ripulito. Attualmente, la sintomatologia è diminuita al punto. PA 160/90 Fc 92 bpm SpO2 98% T=36.2°C. Dolore alla parte posteriore dell'addome e dolente spaccata in regione sacro-coccigea ESW: neg.

Diagnosi accertata o sospetta

relazione fratture cadute accidentali (più casistica ricovero nelle giornate di ieri)

Indicazione della sede di ricovero

PS FBF (Fatebamabili)

Osservazioni della Direzione



**Ospedale S. Pertini**  
Via Monti Tiburtini - Roma



Struttura Complessa di  
Medicina Protetta

7<sup>a</sup> Sezione Monocratica - Tribunale di Roma

Fax n. 06 /38705165

Oggetto: relazione riguardante il Sig. Cucchi Stefano,

Il paziente on oggetto è stato ricoverato presso il nostro reparto in data 17 ottobre u.s., trasferito dall'Ospedale Fatebenefratelli di Roma. Presso il suddetto Ospedale era stata documentata radiograficamente la presenza di frattura vertebrale L3 e frattura della 1<sup>a</sup> vertebra coccigea a causa di un trauma. Il paziente è in condizioni generali molto scadute, riferisce di essere affetto da crisi epilettiche per cui sta effettuando terapia, da malattia celiaca diagnosticata 15 giorni fa e da "anoressia" non meglio specificata. Il Sig. Cucchi ha un atteggiamento oppositivo, per nulla collaborante e di fatto rifiuta ogni indagine anche non invasiva. Ha rifiutato una visita oculistica che avrebbe dovuto effettuare per la presenza di vistosi ematomi del volto e perioculari e ha rifiutato di sottoporsi ad ecografia dell'addome, proposta per il rialzo dei livelli di transaminasi e di bilirubina. Ha inoltre rifiutato espressamente qualsiasi terapia reidratante endovenosa, necessaria per la presenza di un quadro di insufficienza renale da disidratazione e ha affermato di rifiutare anche di alimentarsi, accettando di bere liquidi e assumere la terapia orale, finché non parlerà con il suo avvocato.

Quanto sopra, per informarLa delle attuali condizioni di salute del paziente e delle difficoltà della gestione clinica.

Restiamo a disposizione per ulteriori chiarimenti.

Roma, 21/10/2009

*Recapiti telefonici:*

segreteria:  
0641434414

infermeria:  
0641433465

stanza medici:  
0641433766

fax:  
0641433765

Data e ora d'ingresso 17.X.09 1945 1° Ric.  Rientro  Codice 00981MPCognome CUCCHI Nome STEFANO Lt. 16

Nato a ..... il ..... Religione .....

Diagnosi Medica FRATT. L3 e 1 VERTEBRA CACCIGEA

Malattie pregresse ..... ALLERGIE .....

P/A 100 / 60 F.C. 46 Ritmica  Aritmica  T.C. 36 Peso .....

## Indice di Braden

Criteri	Indicatori e punteggio			
	4	3	2	1
<b>PERCEZIONE SENSORIALE:</b> Abilità a rispondere in modo corretto alla sensazione di disagio correlata alla pressione	<b>NON LIMITATA:</b> Risponde agli ordini verbali, non ha deficit sensoriali che limiti la capacità di sentire ed esprimere il dolore o il disagio  X	<b>LEggerMENTE LIMITATA:</b> Risponde agli ordini verbali ma non può comunicare sempre il disagio o il bisogno di cambiare posizione. Oppure ha impedimenti al sensorio che limitano la capacità di avvertire il dolore o il disagio in 1 o 2 estremità.	<b>MOLTO LIMITATA:</b> Risponde solo agli stimoli dolorosi. Non può comunicare il proprio disagio se non gemendo o agitandosi. Oppure ha impedimento al sensorio che limita la percezione del dolore almeno per la metà del corpo.	<b>COMPLETAMENTE LIMITATA:</b> Non vi è risposta (non geme, non si contrae) allo stimolo doloroso, a causa del diminuito livello di coscienza o alla sedazione. Oppure limitata capacità al dolore in molte zone del corpo.
<b>UMIDITA':</b> Grado di esposizione della pelle all'umidità.	<b>RARAMENTE BAGNATA:</b> La pelle è abitualmente asciutta. Le lenzuola sono cambiate ad intervalli di routine. Oppure in caso di pazienti cateterizzati o comunque continenti.	<b>OCCASIONALMENTE BAGNATA:</b> La pelle è occasionalmente bagnata (si richiede un cambio di lenzuola extra al giorno).  X	<b>SPESSE BAGNATA:</b> Pelle sovente ma non sempre umida (le lenzuola devono essere cambiate almeno due volte al giorno).	<b>COSTANTEMENTE BAGNATA:</b> La pelle è mantenuta costantemente umida dalla traspirazione e dall'urina. Ogni volta che il paziente si muove o si gira lo si trova sempre bagnato.
<b>ATTIVITA':</b> Grado di attività fisica.	<b>CAMMINA FREQUENTEMENTE:</b> Cammina al di fuori della camera almeno due volte al giorno e dentro la camera 1 volta ogni due ore (al di fuori delle ore di riposo).	<b>CAMMINA OCCASIONALMENTE:</b> Cammina occasionalmente durante il giorno ma per brevi distanze con o senza aiuto. Trascorre la maggior parte di ogni turno a letto o su una sedia.	<b>IN POLTRONA:</b> Capacità di camminare severamente limitata o inesistente. Non mantiene la posizione eretta e/o deve essere assistito nello spostamento sulla sedia a rotelle.	<b>COMPLETAMENTE ALLETTATO:</b> Costretto a letto.  X
<b>MOBILITA':</b> Capacità di cambiare e di controllare la posizione del corpo.	<b>LIMITAZIONI ASSENTI:</b> Si sposta frequentemente senza assistenza.	<b>PARZIALMENTE LIMITATA:</b> Cambia frequentemente posizione con spostamenti minimi del corpo.	<b>MOLTO LIMITATA:</b> Cambia occasionalmente posizione ma per fare cambiamenti significativi ha bisogno di aiuto.	<b>COMPLETAMENTE IMMOBILE:</b> Non può fare alcun movimento senza assistenza.  X
<b>NUTRIZIONE:</b> Assunzione abituale di cibo.	<b>ECCELLENTE:</b> Mangia la maggior parte del cibo, non rifiuta mai il pasto e non necessita di integratori.  X	<b>ADEGUATA:</b> Mangia almeno metà del pasto, assume integratori. E' alimentato correttamente con TPN.	<b>PROBABILMENTE INADEGUATA:</b> Raramente assume un pasto completo, generalmente mangia la metà dei cibi offerti e riceve una quantità ottimale di dieta liquida.	<b>MOLTO POVERA:</b> Non mangia mai un pasto completo, raramente mangia più di 1/3 di qualsiasi cibo offerto, non assume integratori o è mantenuto con fleboclisi o bevande per più di 3 giorni.
<b>FRIZIONE E SCIVOLAMENTO:</b>		<b>SENZA PROBLEMI:</b> Ha sufficiente forza per sollevarsi completamente durante i movimenti.	<b>PROBLEMA POTENZIALE:</b> Si muove poco e con assistenza e durante il movimento fa attrito con le lenzuola o con il piano della poltrona. Occasionalmente può scivolare.	<b>PROBLEMA:</b> Frequentemente scivola nel letto o nella poltrona. Frequentemente richiede posizionamento con la massima assistenza. Presenza di spasticità, contrattura e agitazione che causano attrito con il piano del letto o nella poltrona.  X
<b>Punteggio:</b>	<b>Ingresso:</b> <u>13</u>	<b>Dimissione:</b>		



32

COGNOME CUCCHI NOME STEFANO COD. 00981 TP LT. 16

ESAMI INDAGINI CONSULENZE	RICHIESTO IN DATA	PRENOTATO IN DATA	ESEGUITO IN DATA	FIRMA
ECG			17.X.09	
Emoglobina Cod 1	17/10/09	17/10/09	17/10/09	
<del>Emoglobina</del>				
Azotemia Creatinina	17/10	18/10/09	18/10/09	
Glucemia, Transaminasi, γGT				
Ves. es. urina				
IgB, Ag HEV Ab, B. Gmb Tot				
<del>Profilassi profilattica</del>				
<del>Diagnosi, PCR, T. uva</del>				
<del>Profilassi profilattica, oculare, g. p. s.</del>				
Rx Torace	17/x/09			
Viol. oculistica	17/x/09			
es. elettrocardiografico x				
valutazione medica Comu	17/x/09			
scuola				
Cens. ortopedica	17/x/09			
Emoglobina Cod 1	17.10.09	18.10.09	18.10.09	
EMOCROMO COD 1	18.10.09	18/10/09	18/10/09	
TESTI NINDA - ΔZOT.	20-10-09	21.X.09	31.X.09	
ZOT - GGT - AMILASI -				
LIPASI - BILIR. T/F.				
EMOCROMO Cod. 3				
SODIO - POTASSIO - CALCEMIA				
FOSFOREMIA -				
Azot. Creat. Sodio - potassio	Cod 2	22/x/09		
calcio, fosforo, GGT, GPT				
Amilasi, B. Gmb T/F				
<del>profilassi profilattica</del>				





ME CUCCHI NOME STETANO COD. 009814P LT 16

ORNO	SEGNALAZIONE	FIRMA
X:09	MN ENTRA IN ED. H. 1945 - PROVENIENTE DAL FBF	
P	ISOLA TIBERINA CON FRACTURA L3 E 1	
	VERTEBRA COCCIGEA - RILEVATI PARAMETRI	
	VITALI, ESEGUITO ECG - PAZ. CELIACO	
	IMPOSTATA DIETA AZZURRA M. 5 MOV	
	SOLLY. FETTE BISCOTTATI E BISCOTTI.	
	LUNEDI' MATTINA PRELIEVO EMATICO.	
	PAZ. ALZATO STA' SUPINO SU LATO DX -	
	DELVIE LOBIANO	
	NB. ESEGUITO ECG MA MOV E' VENUTO BENE DATA	
	LA POSIZIONE NATURALE DEL PAZIENTE.	
14/09	N	
	Domani mattina eseguire ECG in pronto	
	il paz. rifiuta di eseguirlo alle ore 21 <sup>00</sup> !	
	Eseguito emocromo in cod 1 (h 22 <sup>00</sup> ),	
	titolo refab visionato in claf	
	Richiesta Rx torace, id oculistica,	
	es elettrocardiografico x valutazione medic.	
	Lombi sacrali, cons ortopedico	
	Lunedì prelievo ematico cols.	
	Paz. alleviato, autose al bisugno.	
14/09	H	
	Eseguito prelievo ematico + emocromo in	
	urgenza: iniziato cateterismo, recupero	
	risposta	



ME CUENI

NOME STEFANO

COD. 00981XP

LT. 16 34

RNO

SEGNALAZIONE

FIRMA

1.09 Il pz non può bene l'orzo  
 M perché il pz è ELIACO  
 recuperato EPOCROCO.

Alle ore 18<sup>30</sup> esegue EPOCROCO  
 Cost. Pz poco collaborativo.

Non eseguito EEG perché è stato  
 IMPOSSIBILE MOBILIZZARE il Pz per  
 presenza di fratture L3 e L  
 VERTEBRA CERVICALE.

11/2<sup>35</sup> presente dolore sequente 1 fl di  
 CONTRAL I.M. Il Pz rifiuta di  
 camminare e elastomero.  
 controllane ve nel pomeriggio.

11/2<sup>35</sup> riferisce 10 socc. Pz terapia prescritta  
 P Ore 17<sup>30</sup> circa socc. 10 e fl contral  
 I.M. per globi vertebrali Porticato  
 busta del catetere 700 cc urine  
 non urinate. Per il resto vedi cartella  
 precedente. Non ha cessato febbre  
 (successione cod. 1)

18. X Ore 23 ESEGUITO PLACER, Ore 2<sup>30</sup>

N SOCC. 1 F DI CONTRAL I.M. PAZ. CON  
 RE-VERTEBRALI TOWY VESICALE IN SITO.  
 PAZ. COLICO ANV PZ BRES L'ORZO MS  
 BISCOTTI E FORTI BISCOTTI.



AE. euceki

NOME STEFANO

COD. 00981MP LT 16

NO	SEGNALAZIONE	FIRMA
----	--------------	-------

OTT. 2009 (M) Paz<sup>te</sup> con frattura lombare al tratto 3 e vertebra coccigea -> allungamento nella ~~misurazione~~ - Richi<sup>o</sup> v. x cervic  
Alle h<sup>oo</sup> eseg<sup>ta</sup> il fl di CONTRAMAL IM.

10x h<sup>oo</sup> eseg<sup>ta</sup> il fl CONTRAMAL IM  
h<sup>oo</sup> associato dimesi 5000.  
Va ad eseguire la ~~infiltrazione~~  
Controllate le dimens<sup>ioni</sup> terapie  
Pz da utilizzare con cautela

(N) PE + trametullo. h 22<sup>30</sup> Sommate  
terapie al bisogno. AZZente de  
dimen<sup>ioni</sup>.

1/x Ripete Visio oculos - Ripete  
Visto (dita x cervic) in dte e bdt  
Comune oculos

(P) In attesa di v. autoedicio  
Paz<sup>te</sup> obeso

(N) h 22<sup>00</sup> Sommate CONTRAMAL  
il fl IM per dolori - (esito +)  
Sommate terapie presente.  
Domani p. emetico

2/



OME EUCCI NOME STEFANO COD 00981MP LT 16 36

ORNO	SEGNALAZIONE	FIRMA
------	--------------	-------

20.10.09 h 01:00 pz maxime avvisato nel g  
N somministrato sep di Stilust (estot)  
h 06:00 eseguito P. emetico - Azzerato  
durezi

1x He eseguito V. O. 24000000 P. p. a letto  
in quel caso perche per altri 15/20 sf.  
Prescritto per Q. Vertidolmanica dose a 150.  
il conetto

11/10/09  
P VARIATO J. 110 (solo viso in bianco)  
come prima)  
P. p. a letto! x attv 15 pp, come da  
cons ortopedico che P. per. ha eseguito  
presa mattina  
Somministrato terapia cald  
Controllato durezi!

11:30 Somministrato Contammul<sup>pot</sup> / dolore con  
benzoc

13/11 Non s. è orientato a casa  
Segnalare presenza acqua buie e  
controllare Se Beve!

1 OTT. 2009 AVE h 22<sup>00</sup> ruscisci ruscite

(N) terapie prescritte  
AVE h 06:10 durante il pino dei  
prelievi, il pz non risponde  
colli minimi. immediatamente



COME eccchi

NOME STEFANO

COD. 0098100 LT 16

GIORNO

SEGNALAZIONE

FIRMA

1 OTT. 2009

verranno effettuate le manovre di ricamazione (nei vitoli asetti) ed avviato il m.d.p. Viene fornito il m.d.p. 02.08.100% e viene di tipo con manovre cardiopolmonari le quali vengono proseguite fino alle h 06-45. Alle h 06-45 viene esentato il decesso.

41

OSPEDALE GENERALE  
S. GIOVANNI CALIBITA FATEBENEFRAELLI - ISOLA TIBERINA -  
Pronto Soccorso

Unità di PS N. 2009046058

RICHIESTA DI POSTO LETTO IN ALTRO OSPEDALE

1458516

Cognome\*Nome CUCCHI\*STEFANO

Sesso M Cod. San. Reg.

REGINA COELI

ROMA

Circoscrizione

LAZIO

Cittadinanza ITALIA

Data di ingresso 17/10/2009

13:25

Data e ora di dimissione 17/10/2009 14:34

Diagnosi

TRAUMA DEL CORPO VERTEBRALE DI L3 SULL'EMISOMA SN E FRATTURA DELLA 1 VERTEBRA  
L3 (PZ DETENUTO)

S. PERTINI

Richiesta posto letto in reparto di:

MEDICINA PROTETTA

SI RICHIEDE RISPOSTA URGENTE

ROMA 17/10/2009

SENZA AUTORIZZAZIONE SCRITTA DEL PRAP NON  
SI ACCETTANO RICOVERI



# RAPPORTO DI ACCETTAZIONE

45

**ASL RM B**

Ospedale Sandro Pertini

Policlinico Casilino

SI ATTESTA CHE:

COGNOME CUCCHI

NOME STEFANO

SESSO  M  F

COMUNE DI NASCITA \_\_\_\_\_

RESIDENZA \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

ANAMNESI \_\_\_\_\_

E. OBIETTIVO \_\_\_\_\_

TERAPIA IN URGENZA \_\_\_\_\_

DIAGNOSI FR. CORPO VERTEBRALE L3 SUI'EMISF. M. E FR. 1° VERTEBRA

REFERTO AUTORITÀ GIUDIZIARIA  SI  NO      PROGNOSI RISERVATA  SI  NO

È STATO RICOVERATO IN DATA 17, X, 09 ALLE ORE 1945

REPARTO SCMP

INVIATO DA

(\*1=Medico di base \*2=Guardia medica \*\*Specialista o medico diverso da quello di base (compreso ricovero programmato su indicazione di specialista interno) \*4=esferio da altro Istituto \*5=trasferito da PS \*6=altro regime di ricovero ex. Istituto)

ISTITUTO PROVENIENZA \_\_\_\_\_ / NUMERO PS

REGIME DI RICOVERO  1

MODALITÀ DI RICOVERO  2

ONERE DEGENZA  1

TRAUMA/ INTOSSICAZIONE

FIRMA DEL MEDICO DI ACCETTAZIONE \_\_\_\_\_

### Sezione dati amministrativi

Medico di Base \_\_\_\_\_ Cod. Reg.

RESIDENZA ANAGRAFICA \_\_\_\_\_ CITTADINANZA \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov.

Solo residenti Roma: Circostrizione RM  Stato civile  (\*1=celibe \*2=coniugato \*3=separato \*4=divorziato \*5=vedovo)

Titolo di studio  (\*1=nessuno \*2=licenza elementare \*3=media inferiore \*4=media superiore \*5=laurea o titoli ulteriori)

### Professione

CONDIZIONE PROFESSIONALE  (\*1=occupato \*2=disoccupato \*3=loca prima occupazione \*4=studente \*5=casalinga \*6=ritirato dal lavoro/inabile)

POSIZIONE PROFESSIONALE (se la prima cifra è 1)  (\*1=impresario, libero professionista \*2=altro lavoratore autonomo \*3=lavoratore dipendente-dirigente o direttivo \*4=lavoratore dipendente-impiegato \*5=lavoratore dipendente-operaio \*6=lavoratore dipendente-altro (apprendista, lav. a domicilio, ecc.)

RAMO ATTIVITÀ ECONOMICA (se la prima cifra è 1)  (\*1=agricoltura, caccia e pesca \*2=industria \*3=commercio, pubblici servizi e albergo \*4=pubblica amministrazione \*5=altri servizi)



U.O.C. Medicina Penitenziaria e  
Ass.za Patologie da Dipendenza 1° D  
Casa Circondariale Regina Coeli  
U.O.S. Medicina Penitenziaria  
Via della Lungara 29 - 00145 Roma  
Tel: 06.680291 - Fax 06.6865144

*16/10/08*  
*96*  
NUOVI ARRIVI

Ricovero Presso CDT   
Ricovero Presso ospedale esterno

**CERTIFICATO RICHIESTA**

Visita ambulatoriale Presso ospedale esterno   
Esame strumentale Presso ospedale esterno

Ordinario:

Urgente:  *fu 17 o.p.*

Cognome *CUCCHI* Nome *STEFANO* Sezione *V.6.*

Descrizione del caso clinico - Referto *Alcune Nuovi arrivi di*  
*stato riferisce caduta occorrente in' delle zone*  
*perche' esclusivo rischio - con i, presenza del*  
*valore di letale funzionale. Alie alle stantissime*  
*at. di, PA solo FCBR, spuntato, Riferisce*  
*quali di nome e di Antemia - Prati (collo)*

Diagnosi accertata o sospetta *Richiedono esami (di relogio*  
*sociali (non eff. white col por in inf. (o) p. r. test*  
*Nendys - Diagnosi = lesioni catinabili che sostit.*

Indicazione della sede di ricovero *P.S. OSP. FBF*

Autoambulanza:  *CONVENZIONATA*  
Mezzo comune:  *NO*

Firma e timbro del Medico

Osservazioni della Direzione *Si comunica con la Direzione fu l'ambulatorio*  
*all'ambulatorio convenzionato -*



Cartella clinica di PS N. 2009045947

CARTELLA CLINICA DI PRONTO SOCCORSO

N. di storia 1456516

Cognome\*Nome CUCCHI\*STEFANO

Sesso M Cod. San. Reg.

Residenza

ROMA

Domicilio REGINA COELI

ROMA

Telefono

ASL

Circoscrizione

Regione LAZIO

Cittadinanza ITALIA

Data e ora di ingresso 16/10/2009 20:01 Data e ora di dimissione 16/10/2009 22:31

Il sottoscritto

CUCCHI\*STEFANO

dichiaro (ai sensi della L. 15/68), che i dati forniti sono veritieri ed

esprime il consenso (ai sensi della L. 675/90) al loro trattamento ai fini strettamente necessari per le attività sanitarie e per quelle correlate all'oggetto della prestazione.

Firma \_\_\_\_\_

Medico Inviante

Modalità di Invio Amb. 118

Dinamica Evento

Luogo Evento

Modalità di Accesso Altro

Tipo Patologia

Istituto di provenienza

Sospetto

Annotazioni 1) PAZIENTE IN STATO DI FERMO CON RICHIESTA AD EFFETTUARE RX SACRALE

Problemi principali Altro tipo di dolore

Ambulatorio

In Caso Trauma

Durata Sintomi da 3 a 6 ore

GCS RTS 0

STORICO URGENZA

Data e ora Operatore

Urgenza

16/10/2009 20:04 4310

Verde

ANAMNESI

Data e Ora 16/10/2009 20:13:20

PAZ IN STATO DI FERMO, GIUNGE ACCOMPAGNATO DALLE FORZE DELL'ORDINE PER RIFERITO TRAUMA REGIONE SACRALE

ESAME OBIETTIVO

Data e Ora 16/10/2009 20:13:20

DOLORE ACUTO ALLA PALPAZIONE A LIVELLO DELLA REGIONE SACRALE  
NNO DEFICIIT NEUROLOGICI FOCALI

Cartella clinica di PS N. 2009045947

CARTELLA CLINICA DI PRONTO SOCCORSO

PRESTAZIONI DI P.S.

Sessione N° 1 Medico richiedente

Esame

ANAMNESI E VALUTAZIONE NAS

Medico esaminante

VISITA GENERALE

ES. STRUMENTALI

Sessione N° 1 Medico richiedente

Esame

RADIOGRAFIA COLONNA

SACROCOCCIGEA

RADIOGRAFIA COLONNA

LOMBOSACRALE

Medico esaminante

L'esame radiografico mostra frattura del  
corpo vertebrale di L3 sull'emisoma  
sinistro e frattura della I vertebra coccigea

CONSULENZE

Sessione N° 1 Medico richiedente

Esame

ORTOPEDICA

Risposta

Medico esaminante

CONTATTATO ORTOPEDICO DI GUARDIA  
CHE SUGGERISCE RIPOSO A LETTO,  
OSSERVAZIONE E CONTROLLO SERIATO  
DELL'EMOCROMO.

NEUROLOGICA

ieri sera (il paziente precisa alle ore 23)  
trauma contusivo rachide lombosacrale.  
ha effettuato radiografia che mostra  
"frattura del corpo vertebrale di L3  
sull'emisoma sinistro e frattura della I  
vertebra coccigea "  
attualmente il paziente riferisce dolore  
locale, non impaccio motorio ne disturbi  
della sensibilità.  
EON: paz vigile lucido, ben orientato, NNcc  
indenni. Non evidenti deficit di forza o  
sensibilità focali (di difficile valutazione gli  
arti inferiori per limitazione antalgica). ROT  
normoevocabili e simmetrici RCP in  
flessione bilateralmente. prove di  
coordinazione ed eumetria ben eseguite.  
stazione eretta e deambulazione impossibile  
in relazione alla frattura vertebrale.  
Al momento non evidenza di urgenza  
neurologica. Si consiglia di eseguire  
eventuale esame elettrofisiologico per  
valutazione integrità radici lombo-sacrali.

ESAMI DI LABORATORIO

Sessione n° 1 Medico richiedente

Esame

EMOCROMO

Risposta

Cartella clinica di PS N. 2009045947

CARTELLA CLINICA DI PRONTO SOCCORSO

ESITO

Rifiuta ricovero

Firma del Paziente

*Stefano Lucini*

DIAGNOSI

frattura del corpo vertebrale di L3 sull'emisoma sinistro e frattura della I vertebra coccigea

NOTE E PRESCRIZIONI

RECAPITO TELEFONICO REGINA COELI 06 / 680291

Prognosi - gg. clin. 25 S.C.

ROMA 16/10/2009

Firma di assenza di responsabilità



*Ministero della Giustizia*  
*Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria*  
PROVVEDITORATO REGIONALE DEL LAZIO  
Ufficio dei detenuti e del trattamento

Al Signor Direttore della Struttura Complessa Sandro Pertini  
ROMA

Oggetto: ricovero detenuto Cucchi Stefano  
Nato a Roma il 01/10/1978

Si richiede la disponibilità del posto letto per il detenuto indicato in oggetto, attualmente ricoverato presso il pronto soccorso dell'ospedale Fatebenefratelli.

Si resta in attesa della risposta con cortese urgenza.

OK DISPONIBILE  
POSTO LETTO

IL DIRETTORE DELL'UFFICIO

.....



Ospedale Sandro Pertini  
Via Monti Tiburtini, 385

Espressione del consenso da parte dell'interessato ai fini della legge n. 675 del 31.12.1996

SEZIONE A

Il/La sottoscritto/a ...CUCCHI... STEFANO..... dichiara di essere stato informato/a della vigente disciplina in materia di tutela della riservatezza dei dati personali ed in particolare di quelli sensibili a carattere sanitario e chiede che le notizie riguardanti il suo stato di salute siano comunicate dai Medici a:

- Nessuno dei familiari
- Alla moglie/al marito
- Ai figli                     Tutti                     solo a .....
- Ai genitori             Entrambi             solo a .....
- A fratelli/sorelle     Tutti                     solo a .....
- Altre persone .....

Al Medico curante è consentito l'accesso agli altri dati tecnici coperti dal segreto professionale

Data 17.12.09 Firma del/della paziente.....

SEZIONE B

Il/La sottoscritto/a .....chiede che il proprio ricovero non venga comunicato ad alcuno.

Data ..... Firma dell'infermiere ..... Firma del/della paziente .....

SEZIONE C

Il sottoscritto Dott..... dichiara che all'atto del ricovero il giorno ..... alle ore ..... il Signor/la Signora ..... non è in condizione psicofisiche per poter esprimere la propria volontà in merito a quanto sopra.

Data ..... Firma del medico .....

## PROCEDURA

Ogni qualvolta un paziente viene accolto al OSB o ricoverato presso un Reparto, l'infermiere fa compilare il modulo di consenso in modo chiaro e leggibile e lo controfirma nelle parti dove questo è richiesto.  
Il modulo deve essere inserito nella cartella.

Nella **sezione A** sono indicate le persone a cui il paziente intende siano comunicati il suo stato di salute.

La **Sezione B** viene compilata solo nel caso in cui il paziente abbia richiesto di non rilasciare a nessuno informazioni sul suo ricovero.

In questo caso l'infermiere dovrà apporre un bollino rosso sulla cartella.

Tale informazione dovrà essere riportata dalle Caposala sullo schema del Movimento.

Questo permetterà alla Direzione Sanitaria e alla Portineria di conoscere quali sono i pazienti che non vogliono far conoscere ad alcuno la loro presenza in ospedale.

Nel caso in cui sia stata compilata la **sezione C** è il medico che dovrà apporre la propria firma in modo chiaro e leggibile.



**Ospedale S. Pertini**  
Via Monti Tiburtini - Roma



Struttura Complessa di  
Medicina Protetta

Si certifica che il Sig. Cucchi Stefano, | è deceduto per  
presunta morte naturale in data odierna alle ore 6:45, presso il Reparto di Medicina  
Protetta.

Roma 22/10/2009

*Recapiti telefonici:*

segreteria:  
0641434414

infermeria:  
0641433465

stanza medici:  
0641433766

fax:  
0641433765