



# ARES 118 - AZIENDA REGIONALE PER L'EMERGENZA SANITARIA

Modulo di Rilevazione Dati per Interventi di Soccorso



A

Provincia <b>ROMA</b>		Cod. Mezzo <b>665</b>		Ente di app. <b>3</b>		N. Progressivo C.O. <b>206202</b>		Protocollo <b>065</b>		Data <b>4.6.11.00P</b>		Scheda N. <b>2065</b>			
Riferimento il soccorso Via e Piazza <b>ARMENI - ST. CARLO WALTER</b>		n. PO		palaz.		scala piano		inter.		<b>ELISOCOORSO</b>					
Paziente (cognome e nome) <b>CUCCHI STEFANO</b>		Cod. Civile		Cod. Civiltà		Cod. Comune		Cod. Regione		Unica avvertenza Invio <b>B G</b> Ambulanza <b>B G</b> Stabilizzazione <b>B G</b>					
Nato a <b>ROMA</b>		Data di nascita <b>1-10-73</b>		Codice identificativo universale / TEAM											
Cognome <b>RT</b>		Via o Piazza <b>CIRCO URBIANO</b>		ANAMNESI Patologia prep. Allergie Terapie in atto											
Società/Dinamica ricorrenza		CASCO già rimesso		CASCO rimesso		AIRBAG ESPLOSO		CINTURE ALLACCIATE		Codici Operativi co <b>104</b> Ciclo Paramo <b>5:11</b> Ciclo Anestesiologo <b>5:12</b> Ciclo Respiratore Ciclo Infermiere in Ospedale Codice Operatore Specialità					
Nota <b>PL SISTEMI CANTO PIRELLA S. SICUREZZA STORICA S.C.</b>		Identificazione Traumi maggiori		<input type="checkbox"/> Caduta > 3 mt. <input type="checkbox"/> Estrazione complessa <input type="checkbox"/> Rid. volume abito <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 ossa lunghe <input type="checkbox"/> Ferita penetrante in cavità/Amputazione arti <input type="checkbox"/> Trauma Spinale <input type="checkbox"/> Altro Deceduto nel veicolo		Codici Lesioni Casa R Strada B Impianti lavorativi L Scuole Q Uffici P Impianti sportivi Y Altri luoghi I Cami di Cura		Codici Patologie C01 Traumatica C02 Cardiocircolatoria C03 Respiratoria C04 Neurologica C05 Psicologica C06 Neoplastica C07 Tossicologica C08 Metabolica C09 Gastroenterologica C10 Urologica C11 Oculistica C12 Otorinolaringoiatrica C13 Dermatologica C14 Ginecologico-Ginecologica C15 Infettiva C19 Altra patologia C20 Patologia non identificata		Triage Capoturno <b>B G</b> Grado Pirelli Servizio <b>5:30</b> DTS (minuti) <input type="checkbox"/> <1h <input type="checkbox"/> 1h <input type="checkbox"/> 2h <input type="checkbox"/> 3h >3h			
A) Vite Arterie Complesse		<input type="checkbox"/> Spontanea <input type="checkbox"/> Voce <input type="checkbox"/> Dolore <input type="checkbox"/> Nessuna		<input type="checkbox"/> Orientato <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Par. Inapp. <input type="checkbox"/> Par. Incomp. <input type="checkbox"/> Nessuna		<input type="checkbox"/> Obnubil. face <input type="checkbox"/> Locali zeta <input type="checkbox"/> Retra. lone <input type="checkbox"/> Ples. sine <input type="checkbox"/> Estem. lone <input type="checkbox"/> Noste. is		13-18 E 9-12 B 8-9 D 4-5 T 3 O		10-20 A >20 C 0-9 F 1-5 S 0 G		>20 G 75-89 J 60-75 K <49 L 0 H		RTG GLIC.	
B) Respiri		<input type="checkbox"/> O - Espandibilità simmetrica <input type="checkbox"/> P - Enfisema sottocostale <input type="checkbox"/> A - Auscultazione -> normale <input type="checkbox"/> C - Pres. respiratoria		Saturimetria Arto impiantato		MCE, a. i. coll. Orpito lab. in Orpito Pilo		Asimmetria facciale Disartria e/o Afasia Emiparesi o ipostenia arti		Codice GIPSE					
C) Emotasi		<input type="checkbox"/> Spontanea <input type="checkbox"/> Voce <input type="checkbox"/> Dolore <input type="checkbox"/> Nessuna		<input type="checkbox"/> Orientato <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Par. Inapp. <input type="checkbox"/> Par. Incomp. <input type="checkbox"/> Nessuna		<input type="checkbox"/> Obnubil. face <input type="checkbox"/> Locali zeta <input type="checkbox"/> Retra. lone <input type="checkbox"/> Ples. sine <input type="checkbox"/> Estem. lone <input type="checkbox"/> Noste. is		13-18 E 9-12 B 8-9 D 4-5 T 3 O		10-20 A >20 C 0-9 F 1-5 S 0 G		>20 G 75-89 J 60-75 K <49 L 0 H		RTG GLIC.	
D) Accessi venosi		<input type="checkbox"/> Spontanea <input type="checkbox"/> Voce <input type="checkbox"/> Dolore <input type="checkbox"/> Nessuna		<input type="checkbox"/> Orientato <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Par. Inapp. <input type="checkbox"/> Par. Incomp. <input type="checkbox"/> Nessuna		<input type="checkbox"/> Obnubil. face <input type="checkbox"/> Locali zeta <input type="checkbox"/> Retra. lone <input type="checkbox"/> Ples. sine <input type="checkbox"/> Estem. lone <input type="checkbox"/> Noste. is		13-18 E 9-12 B 8-9 D 4-5 T 3 O		10-20 A >20 C 0-9 F 1-5 S 0 G		>20 G 75-89 J 60-75 K <49 L 0 H		RTG GLIC.	
E) Esposure		<input type="checkbox"/> Spontanea <input type="checkbox"/> Voce <input type="checkbox"/> Dolore <input type="checkbox"/> Nessuna		<input type="checkbox"/> Orientato <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Par. Inapp. <input type="checkbox"/> Par. Incomp. <input type="checkbox"/> Nessuna		<input type="checkbox"/> Obnubil. face <input type="checkbox"/> Locali zeta <input type="checkbox"/> Retra. lone <input type="checkbox"/> Ples. sine <input type="checkbox"/> Estem. lone <input type="checkbox"/> Noste. is		13-18 E 9-12 B 8-9 D 4-5 T 3 O		10-20 A >20 C 0-9 F 1-5 S 0 G		>20 G 75-89 J 60-75 K <49 L 0 H		RTG GLIC.	
F) Segni e Sintomi		<input type="checkbox"/> Dolore <input type="checkbox"/> Pilo <input type="checkbox"/> Vomito <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Emeteresi <input type="checkbox"/> Meleni <input type="checkbox"/> Sudorazione <input type="checkbox"/> Epistassi <input type="checkbox"/> Clonici		Patologia riscontrata <b>C2002</b>		Tecnico <input type="checkbox"/> Telo <input type="checkbox"/> Sella Portatile		Prestito <b>508962</b> <b>5089655</b>		Il pz riferisce di non aver mai assistito a un incidente ferroviario, riferendo che trascurò in un'occasione di fermarsi (A SCHEDE S. COCCILLO)					
G) Applicazioni protocollo		<input type="checkbox"/> Trasporto in pronto soccorso <input type="checkbox"/> Trasporto diretto in reparto di specialisti <input type="checkbox"/> Trattamento sul posto/nella trasporto <input type="checkbox"/> Rifiuto trasporto <input type="checkbox"/> Deceduto nel posto <input type="checkbox"/> Deceduto durante il trasporto		<input type="checkbox"/> T.L.O. <input type="checkbox"/> Assistenza Giuridica <input type="checkbox"/> Riscatto Autopilot <input type="checkbox"/> Elettroshock		<input type="checkbox"/> Medico 118 <input checked="" type="checkbox"/> Infermiere 118 <input type="checkbox"/> Medico CEA <input type="checkbox"/> Medico DEA		Prognosi og. <input type="checkbox"/> s. c. od avvertiti accertamenti		Farmaci Dose Via/Bordo		Firma Infermiere 118 Firma Medico 118		Il paziente ha espresso consenso informato al trasporto in ospedale <input type="checkbox"/> al trattamento sanitario <input type="checkbox"/> al trattamento del del personale (D.Lgs. 196/03)	

**ARES 118**  
 CENTRALE OPERATIVA ROMA CAPITALE  
 COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE  
 Copiata presso **Pirelli**  
 La 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' B1 - 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/E ELETTRONICA  
Giacinto Arrivato SERVER.CO

CARTELLA I.N. GIUNTI.

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 M.

Ricovero  
 Presso CDT   
 Presso ospedale esterno

CERTIFICATO  
RICHIESTA

Visita ambulatoriale  
 Presso ospedale esterno   
 Esame strumentale  
 Presso ospedale esterno



Ordinario

Estrema Urgenza

Mezzo per disabili

Autoambulanza 118  Autoambulanza convenzionata

Cognome Accardi Nome STEFANO Sez. CDT. 2° MED

Descrizione del caso clinico - Referto

Referto cadute accidentali nella giornata di ieri.  
 Cause ed esito ricovero per FBF che il debutto  
 ne ripulito. Attualmente lacrimante nasale  
 e odore di fieno. PA 160/90 FC 92 bpm  
 SpO2 98% T=36.2°C. Sottile alle polsi  
 percuota profonda dell'addome e obiettivo  
 spiccato di rigore severo. ECG: ng.

Diagnosi accertata o sospetta

relazione postumi cadute  
 accidentali (più completa ricovero nella  
 giornata di ieri)

Indicazione della sede di ricovero

AS FBF (Fate bene parole)

Firma e tir



Osservazioni della Direzione

[Signature]



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 checked="" type="checkbox"/> SI	Firma .....	Esito: <input type="checkbox"/> Negativo <input checked="" type="checkbox"/> Positivo
Mantoux	<input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI	Firma .....	Dopo 72 h Ø mm .....
HCV Ab	<input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI	Firma .....	Esito: <input type="checkbox"/> Negativo <input checked="" type="checkbox"/> Positivo
HBS Ag	<input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI	Firma .....	Esito: <input type="checkbox"/> Negativo <input checked="" type="checkbox"/> Positivo
Anti - HBc	<input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI	Firma .....	Esito: <input type="checkbox"/> Negativo <input checked="" type="checkbox"/> Positivo
VDRL	<input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI	Firma .....	Esito: <input type="checkbox"/> Negativo <input checked="" 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 16/05/05 P.S.*

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

*Rivotril*

*2 compresse*

7) Note

*Si viene dal 16/05/05 P.S. ore 16:35*

IL MEDICO

MINISTERO DELLA GIUSTIZIA  
DIREZIONE CASA CIRCONDARIALE

MINISTERO DELLA GIUSTIZIA  
DIREZIONE CASA CIRCONDARIALE

REGIONE LAZIO



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

9111  
ore 16:35  
16/10/09  
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 Alcunite Nuovi Arrivi di  
spesso riferisce caduta occorrente in' delle scote  
perche' rachimoracch-... per, ... del  
... di ...  
PA 30/60 FC 60, ...  
... di ...

Diagnosi accertata o sospetta Diagnosi = ...  
... (non eff...)  
Neurologia -

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

Autoambulanza:  CONVENZIONATA

Mezzo comune:  NO

Firma e timbro del Medico

Osservazioni della Direzione In comune con la Direzione fu 16  
all'ambulatorio convenzionato

Il Direttore

[Signature]

Il Dirigente Sanitario

Data della visita medica	OSSERVAZIONI CLINICHE E CURE
16/10/09	Rientra da P.S. Fatebenefratelli. G. le T. Scivie
23.20	Avere rifiuto ricovero. Riferisce morbo colorato.
26.91	un'erossione -



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 - 06.68301544  
 Fax 06.68216312

Roma 16/10/09

CUCCHI STEFANO

Si moriva con infezione  
 meno est 2° fase







Aziende  
Enti  
Sindacati  
Lavoratori

Col. AUS

ROMA

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

Sig. Cucchi Stefano  
u. Roma il 01.10.1978

On. 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 caduta 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. Zone profonde dell'addome e dolente spinate in zone sciro-iliacee.

Ed: ug.

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

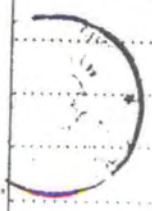
l

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

Voluntà le condiz. del malato a grande: è stato deferito - defla

È necessario presenza un modo per non perdere il mese di apprensione in sospetto domestico del bene.

È concesso a d'olly d. non è più necessario il mio aiuto, me ne vado. Ospedale Fatebenefratelli (mezzogiorno) anche del referto rx del P.S.)



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"

Carille M.F.

71

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: Carilli Nome: STEFANO Sez. CDT. 2° MED

Descrizione del caso clinico - Referto  
 Ripete caduta accidentale nella giornata di ieri.  
 Causata da scivolo per FBF che il deambulatore  
 ha rifiutato. Attualmente lamenta nausea  
 e dolore al fiere. PA 160/90 FC 92 bpm  
 SpO2 98% T=36.2°C. Dolore alla pte  
 perone profonda dell'addome e dolente  
 spaccato da rigore severo con FSW: neg.

Diagnosi accertata o sospetta relazione frattura cadute  
accidentale L4/L5 con scivolo scivolo nella  
giornata di ieri

Indicazione della sede di ricovero  
AS FBF (Fate benehabili)

Firma e timbri



Osservazioni della Direzione



20981 MP

1

SPEDALE "SANDRO PERTINI" ROMA

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	

Cognome e nome CUCCHI STEFANO

Età di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)

Telefono \_\_\_\_\_

Capitato in Roma \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_ Stato Civile

Nome del  Coniuge  genitore \_\_\_\_\_

Medico curante \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Completato da \_\_\_\_\_

Diagnosi di ingresso frattura corpo vertebrale L3  
nell'evoluzione si è fr. 4 vertebre coccigee

Interventi e provvedimenti del Medico di accettazione \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

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 paziente \_\_\_\_\_ Firma del garante \_\_\_\_\_

Interventi informati richiesti:

Trasfusione di sangue

Trattamento con emoderivati

Esame radiologico Contrastografico

Intervento Chirurgico

Altro \_\_\_\_\_

Intolleranze e/o allergie Alimento celico

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 OBIETTIVI

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

## 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 10 anni / die* .....  
 diuresi *fondofine* ..... 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 .....	.....	<input type="checkbox"/>	.....

0

Intolleranze alimentari e/o farmacologiche nessuna eclisica

#### ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA

Ricoverato in data odierna Transferito dall'Ospedale  
Totbenepfelli dell'Esola Tiburina dove era addebiendotto  
in seguito a ulemie e dolure diffuse e spaccate in  
refine psoas. Al presente riferisce cadute cadute  
avvenute in data 30.08.08. Per il Ps del Totbenepfelli  
he effettuato radiografia: non impedisce unione  
in disturbo della sensibilità. Rx colonna L-S e also  
coaxiale: frattura del capo vertebrale di C3 nell'Quisano  
mixto e frattura della 1° vertebra coaxiale. Al dest  
spedire. Myo e loto osservare e controllo serito  
dell'emoerano.



ESAMI ESEGUITI PRIMA DEL RICOVERO

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

ESAME OBIETTIVO ALL'INGRESSO

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

Sensorio e psiche integro

Stato di nutrizione discreto

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

Sottocutaneo non apprezzabile

Linfonodi u di

Apparato muscolare decris topos

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

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

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

ecchyma palpebrale bilaterale superiore e inferiore

Capo .....

Ascoltazione *no frigidità EST 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 rous*

f f

Pupille isocoreiche isoceliche

Cavo orale

Mucosa ..... Alito .....

Lingua se sposta in ore ..... denti .....

Faringe

Collo

celebratio non palpabile  
Tiroide non palpabile

TORACE:

Ispezione non conformata

Palpazione debut in sede C-S 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 <sup>Hg</sup>

Percussione hepato-timorale non tumore

Ascoltazione ferita percutanea evoluta

Fegato margini inf all'orec

Milza non palpabile

#### APPARATO UROGENITALE:

u.d.r.

#### 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 le mani</sup> <del>di</del> mantenendo la posizione prona. Si convince a farsi visitare ma è comunque personevole collaborante - Presente versante emetone regione glutea sinistra. V. rosso emetone col e cchimoni perianitaria sinistra Ripute di continuare a parlare Ripute elanarano - Trascorre contornel 1.8 al bisogno in. Imponibile proseguire la visita Nel pomeriggio rifete emetone</p>	
10/09 0/09	<p>Paziente non accessibile al colloquio. Ripete Si solleva, consulenza atordita CARS ORTOPODICA. Tocante a</p>	
	<p>pedute coedizic generali in appato all'eti vivo dalstabil - elle di pit perine sul tratto L2-L4 compattate con depositi naturali da L3 recente. Alfo benaccize vivo. Tocante al tratto prona coatto. Si avvio esecuzione di rotx del tratto lombare usate su L3 e del bacino x secro. Eventuale smopubunto TC lombare ove esistessero avallat e/o accompagnati. Da rivedere dopo rotx. Divieto assoluto di carico e proflexi TUB/EL che continue Decubito a letto.</p>	
0/09	<p>alle 16.30 Si richiede Rx lombare ingente VIDEAT. CONSULENZA Orli nipa IL PAZIENTE rifiuta la visita</p>	



DATA	DIARIO	ESAMI RICHIESTI • TERAPIA PRESCRITTA
20/10/09	<p>Riposa. visita medica riferendo dolorabilità diffusa. Contattato avendo le pressioni eseguite e l'ex Colonna lombosacrale + buona consolida dopo la consulenza ortopedica di ieri. In attesa</p> <p>Riposa ECG (bradicardia).</p>	
20/10/2009	<p>Si prende visione degli esami di laboratorio eseguiti ieri.</p> <p>Azotemia 161 mg/dl; aumento di acido urico.</p> <p>Si propone al paziente terapia infusoria che il paziente rifiuta.</p> <p>Si raccomanda pertanto di idratazione orale (il paziente tuttavia esprime verbalmente disinteresse per le proprie condizioni di salute).</p> <p>Si richiede per domani controllo emeocromo, azotemia, creatinina, GOT, GPT, liponi, amilasi, elettroliti</p>	<p>liponi, GOT, GPT. con Sol. fisiologica</p>
21/10/09	<p>CONS. ORTOP</p> <p>Però viene delle rax eseguite STROLOGIC non apparentemente formative. RACHIDE L4/L5 (euraxia) forma discromatica L3 (euraxia).</p> <p>Neamto di riposo a letto indifferente portatore per età 15-20 gg (possibile anche non si rievano testano) e verticalizzare / portatore ridotto e attivo con COLTOS</p> <p>Cons. tipo CADP o Aferaloni tra 15-20 gg -</p>	
21/10/09	<p>Continuo a riposa e terapia idratante. Si ha l'evoluzione della Riposa, in attesa, mensile di</p>	

DATA	DIARIO	ESAMI RICHIESTI • TERAPIA PRESCRITTA
20/10/09	<p>Rifiuto visita medica riferendo dolorabilità diffusa. Causazione del Anel (ortopedico) avendo le posizioni eseguite e l'ex colonna lombosacrale + buona consistenza dopo la consulenza ortopedica di ieri la sera.</p> <p>Rifiuta ECG (bradicardia)</p>	
20/10/2009	<p>Si prende visione degli esami di laboratorio eseguiti ieri.</p> <p>Azotemia 161 mg/dl; aumento di amilasi, lipasi, GOT, GPT.</p> <p>Si propone al paziente terapia infusoria con Sol. fisiologica che il paziente rifiuta.</p> <p>Si raccomanda pertanto di idratazione orale (il paziente tuttavia esprime verbalmente disinteresse per le proprie condizioni di salute).</p> <p>Si richiede per domani controllo emecromo, azotemia, creatinina, GOT, GPT, lipasi, amilasi, elettroliti</p>	
21/10/09	<p>CONS. ORTOP</p> <p>Ricevuta visione delle radiografie eseguite STENO COCCIGI non apparente lesioni fratturative. RACHIDE L4/L5/L6 forme disomogenee L3 (cervicale)</p> <p>Necessità di riposo e letto indifferente posizione per chi 15-20 gg (possibile anche non a nuovo settore) e verticalizzazione (posizione seduta o eretta) con corsetto C35 tipo CAP OAFI</p> <p>tra 15-20 gg</p>	
21/10/09	<p>Consiglio di rifiutare terapia idratante per via endovenosa</p> <p>Rifiuta, invece, TC cervicale ad</p>	

DATA	DIARIO	ESAMI RICHIESTI e TERAPIA PRESCRITTA
21/10/09	<p>Visti gli esami emetochimici eseguiti questo mattino, e la si propone nuovamente al paziente ricettazione evolutiva ma il paziente rifiuta perché vuole parlare prima con il suo avvocato e con l'assistente della comunità CEIS di Roma.</p> <p>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.</p> <p style="text-align: right;">Stefano...</p> <p>Il paziente accetta comunque ricettazione 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 nocivi, piuttosto possono essere assunti tranquillamente dai pazienti affetti da celiachia, ma appare diffidente.</p> <p>Si consegna al paziente una lista degli alimenti privi e contenenti glutine, scaricata dal sito dell'associazione italiana celiaca.</p>	
22/10/09 h 6:15	Vengo chiamata dal personale sanitario in quanto il paziente	



"Direzione Sanitaria"

Collette Sp.

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° MED

Descrizione del caso clinico - Referto

Ripete cadute accidentali nelle giornate di ieri. Casistica ricovero per FBF che il debutto in ripulito. Attualmente, la paziente manifesta addolori al femore. PA 160/90 Fc 92 bpm SpO2 98% T=36.2°C. Saturazione alle polmoni profonde dell'addome e saturazione SpO2 in ripulito severo-calcio ECG: ng.

Diagnosi accertata o sospetta

relazione fratture cadute accidentali (ri-questo 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 periorbitali 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>SPESSO 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 slittare.	<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	
gluemia, transaminasi, γGT				
ves. es. urina				
IgA, IgG, HEVAb, B.Gmb Tot				
enz. amilasi, proteolisi diacetilacetil, β2 microglobulina proteolisi, amilasi, γGT				
Rx Torace	17/x/09			
Viol oculistica	17/x/09			
es elettrocardiogramma x				
valutazione medica Comu	17/x/09			
scudi				
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 NA - 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. GRET. SODIO - POTASSIO	cod 2	22/x/09		
calcio, fosforo, GGT, GPT				
Amilasi, B.Gmb T/F				
<del>proteolisi</del> proteolisi				





COGNOME CUCCHI NOME STEFANO COD. 009814P LT 16

ORARIO	SEGNALAZIONE	FIRMA
X:09	MN ENTRA IN ED. H. 1945 - PROVENIENTE DAL FBF	
P	ISOLA TIBERINA CON FESSURA L3 E 1	
	VERTEBRA COCCIGEA - RILEVATI PARAMETRI	
	VITALI, ESEGUITO ECG. PAZ. CELIACO	
	IMPOSTATA DIETA AZZURRA M. 5, MOV	
	SOLLY. FORTI BISCUATI E BISCUITI.	
	LUNEDÌ, MATTINA PROBLEMA EMATICO.	
	PAZ. ALZATO STA' SOTTO SU LATO DX -	
	DELVIE LABIATO	
	NB. ESEGUITO ECG MA MOV È VENUTO BENE DATA	
	LA POSIZIONE NATURALE DEL PAZIENTE.	
14/09	N	
	Domani mattina eseguire ECG, in presenza	
	il pz. rifiuta di eseguirlo alle ore 21 <sup>00</sup> !	
	Eseguito emocromo in cod 1 (h 22 <sup>00</sup> ),	
	ritratto referto visionato in claf	
	Dichiarato: Rx Torace, Jd oculistica,	
	es elettrocardiografica x valutazione medic.	
	Lombi sacrali, con ortopedico.	
	Lunedì: prelievo ematico cols.	
	Paz. alleviato, autose al bisugno.	
14/09	H	
	Eseguito prelievo ematico + emolisi in	
	urgenza: innalzato calcoli, recupero	
	temporanea	



ME CUERI

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> eseguire 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  
 indossare l'elastomero.  
 Controllare ve nel pomeriggio.

11/2<sup>35</sup> riferisce re local. Pz terapia prescritta.  
 P Ore 17<sup>30</sup> circa local. re e fl contral  
 I.M. per dolori vertebrali Portando  
 busta del catetero 700 cc urine  
 non urinate. Per il resto vedi cartella  
 precedente. Non ha cessato febbre  
 (Successione cod. 1)

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

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



AE. EUCEMI

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 mobilizzazione - Richi<sup>to</sup> v. x cervice. Alle h<sup>11</sup><sup>00</sup> eseg<sup>ta</sup> il fl di CONTRAMAL IM.

10x h<sup>15</sup><sup>00</sup> eseg<sup>ta</sup> il fl CONTRAMAL IM h<sup>17</sup><sup>00</sup> Assiato dimesi 500cc. Val ad eseguire in infermeria. Controllate de dimiustate terapie. Paz da mobilizzare con cautela.

(N) PE tranquillo. h 22<sup>30</sup> Sommate terapie al bisogno. AZZente de dimesi.

1/x Ripute Visio oculos - Ripute Visto (dita x cervi) in dte e ball. Conduca oculos.

(P) In attesa di v. autojedico Paz<sup>te</sup> cervice.

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

2/



OME EUROPI 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 Stilus+ (estetot)  
h 06:00 eseguito P. emetico - Azzerato  
durezi

1/x He eseguito V. OROSCOPICO Riposo a letto  
in quelrai pernoche per altri 15/20 sf.  
Prescritto pz Q Vertidolmanica dose a 150.  
il conetto

11/10/09  
P VARIATO J. H. O (solo riso in bianco)  
come prima)  
Riposo a letto! x altri 15 pp, come da  
cons ortopedica che il pz ha eseguito  
prima mattina  
Somministrato analg  
Controllato durezi!

11:30 Somministrato Contammul<sup>pot</sup> a dolore e  
brucio

13/11  
Non s. è orientato a casa  
Segnalare punta appena sveglie e  
controllare se beve!

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

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



COGNOME EVACCHI

NOME STEFANO

COD. 00981078 LT 16

GIORNO  
1

SEGNALAZIONE

FIRMA

1 OTT. 2009 vengono effettuate le manovre di ricaricamento (nei vitoli orsesti) ed avviato il m.d.p. Viene fornito il materiale necessario di tipo con manovre cardiopolmonari le quali vengono proseguite fino alle h 06-45. Alle h 06-45 viene espletato il decesso.

41

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

Unica 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

PAZIO

Cittadinanza ITALIA

Data di ingresso 17/10/2009

13:25

Data e ora di dimissione 17/10/2009

14:34

Unica

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

S. PERTINI

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 SUL'EMISFERO 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

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

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

REGIME DI RICOVERO  (\*)=Ordinario    \*\*=Day Hospital    \*\*\*=Trattamento domiciliare)

MODALITÀ DI RICOVERO  2 (\*)=programmato    \*\*=urgente    \*\*\*=TSO    \*\*\*\*=programmato con preopede/lettazione)

ONERE DEGENZA  (\*)=SSN    \*\*=SSN+Conv. Alberg.    \*\*\*=Assist. Indiretta    \*\*\*\*=Pagam    \*\*\*\*\*=Lib. Ass. Prof. (straniero)

TRAUMA/ INTOSSICAZIONE  (\*)=Lavoro    \*\*=Calc.    \*\*\*=Strada    \*\*\*\*=Aggress.    \*\*\*\*\*=Assist. (Basta se non c'è evento traumatico)

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  (\*)=celibe    \*\*=conjugato    \*\*\*=separato    \*\*\*\*=divorziato    \*\*\*\*\*=vedovo)

Titolo di studio  (\*)=nessuno    \*\*=licenza elementare    \*\*\*=livello inferiore    \*\*\*\*=licenza superiore    \*\*\*\*\*=laurea o titoli (altiori)

### Professione

CONDIZIONE PROFESSIONALE  (\*)=occupato    \*\*=disoccupato    \*\*\*=solo senza prima occupazione    \*\*\*\*=studente    \*\*\*\*\*=casalinga    \*\*\*\*=ritiro dal lavoro/inabile)

POSIZIONE PROFESSIONALE (se la prima cifra è 1)  (\*)=Impreditor, libero professionista    \*\*=altro lavoratore autonomo    \*\*\*=lavoratore dipendente-dirigente o direttivo    \*\*\*\*=lavoratore dipendente-impiegato    \*\*\*\*\*=lavoratore dipendente-operario    \*\*\*\*=lavoratore dipendente-altro (apprendista, lav. a domicilio, ecc.)

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

REGIONE LAZIO



AZIENDA  
Ospedaliera Roma A

U.O.C. Medicina Penitenziaria e  
Ass. 2a 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:  *17 o.p.*

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

Descrizione del caso clinico - Referto *Alcune Nuovi Arrivi di*  
*stato riferisce caduta occorrente in del resto*  
*per un periodo di mesi, in seguito del*  
*colpo di caduta funzionale. Alti alle stentazione*  
*di un PA solo FCB, spuntato, Riferisce*  
*una di nome di Antemia - Prato (collo)*

Diagnosi accertata o sospetta *Richiedono esami di routine*  
*sociali (per effetto del por di infarto) e di test*  
*Neurologici - Diagnosi = lesioni cerebrali da trauma*

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

Autoambulanza:  *CONVENZIONATA* Firma e timbro del Medico

Mezzo comune:  *NO*

Osservazioni della Direzione *In comune con la Direzione fu l'ambulatorio*  
*di ambulatorio convenzionato*



49

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** dichiara (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 DEFCIIT 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 Luciani*

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