

Allegato 1	<u>Scheda di valutazione dello stravasato del mezzo di contrasto in Area Radiologica</u>		
Cognome e Nome			
Recapito Telefonico			
Data (giorno e ora)			
Mezzo di contrasto utilizzato			
Stima quantità stravasata			
Sito di accesso			
Tipo di accesso			
Parestesie	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	SEDE
Polsi periferici presenti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Tempo di riempimento capillare			
Eritema	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Edema	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Dolore	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Lesioni cutanee	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Fotografia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Controllo radiologico dello stravasato	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Stravasato sottocutaneo <input type="checkbox"/> Stravasato sottofasciale
Dimensioni Area interessata	Cm, <input type="text"/>	Ora: <input type="text"/>	
Esito durante l'osservazione	<input type="text"/> Risoluzione	<input type="text"/> Richiesta consulenza chirurgica	
Follow-up successivo	<input type="text"/> Miglioramento con Follow-		
Note/altro			
Firma Compilatore	Firma Medico		