



*Società
Medico Chirurgica
di Ferrara*

Ferrara 7 Giugno 2019
Aula Magna Nuovo Arcispedale Sant'Anna



La gestione in urgenza del paziente con emorragia digestiva: territorio ed ospedali in rete

La visita di un medico mi assicura, quella di due mi atterrisce

Roberto Gervaso



*Società
Medico Chirurgica
di Ferrara*

Ferrara 7 Giugno 2019
Aula Magna Nuovo Arcispedale Sant'Anna



Ruolo del PS: dal Triage alle decisioni operative

PS Spoke

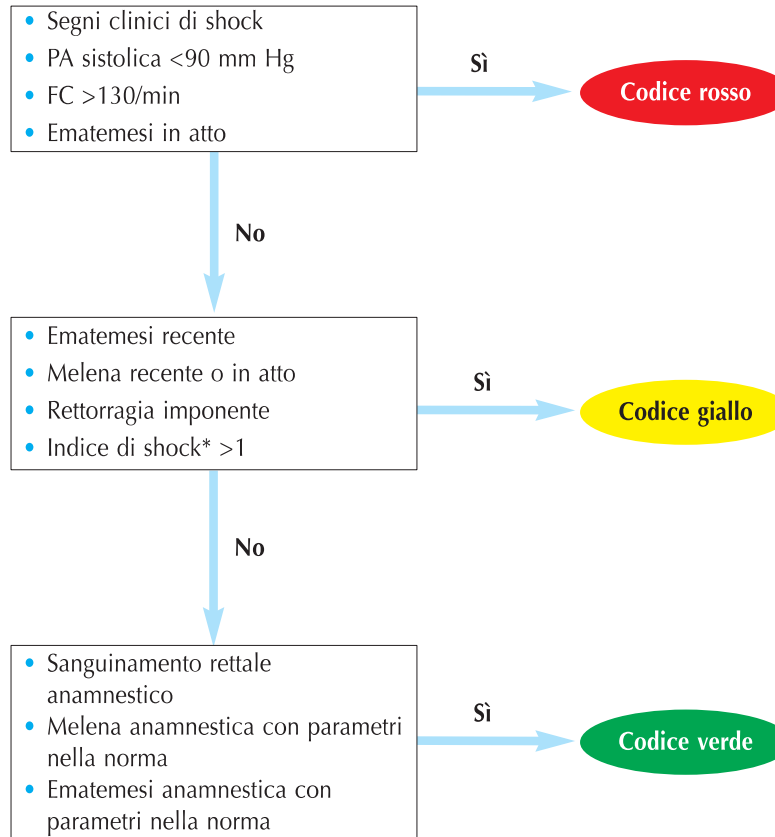
M.A. Ricciardelli - A. Felletti Spadazzi

D. Grassi - J. Polito

TRIAGE EMORRAGIE DIGESTIVE

Allegato a: 978 88 386 3652 3 • G F T Gruppo Formazione Triage, Triage infermieristico 3e

EMORRAGIE DIGESTIVE (EMATEMESI, MELENA, SANGUINAMENTO RETTALE)



$$\text{*Indice di shock} = \frac{\text{Frequenza cardiaca}}{\text{Pressione arteriosa sistolica}}$$

È un indice di stabilità emodinamica. Se i valori ottenuti superano 0,7 il paziente necessita di un'attenta valutazione (il valore 1 indica già una situazione critica).

EVITARE GLI ERRORI

Per evitare errori di centralizzazione e di calcolo scorretto del Timing Endoscopico

E' fondamentale

Inquadrare correttamente lo stato emodinamico del paziente

EVITARE GLI ERRORI

The right patient

In the right place at

the right moment

NICE 2007 Acutely ill patient in hospital

INQUADRAMENTO DELLO STATO EMODINAMICO

Il concetto di stabilità emodinamica non è definito da parametri assoluti ma è relativo alle variazioni emodinamiche del paziente e può essere classificato come:

Stabile ab initio

Momentaneamente stabile in virtù dell'espansione volemica

Instabile anche in corso di espansione volemica

Normale: FC < 100 b/min, PAS > 90 mm Hg, Diuresi > 0.5 ml/Kg/h, FR < 20 atti /minuti, stato di coscienza integro, cute rosea e calda, polso periferico pieno

Anormale: FC > 100 b/min PAS < 90 mmHg, Diuresi < 0.5 ml/kg/h, FR > 20 atti /min, ansia, agitazione, pallore, cute fredda, polso periferico iposfigmico

Crit Care Med. 2014 May;42(5):1241-51

**THE HIGHS AND LOWS OF BLOOD PRESSURE: TOWARD
MEANINGFUL CLINICAL TARGETS IN PATIENTS WITH
SHOCK**

Magder SA et al.

SHOCK EMORRAGICO

Shock emorragico : incapacità da parte delle cellule di utilizzare l'O₂ ed operare il wash-out dei cataboliti a causa della riduzione acuta del volume e dell'Hb circolante ...

Progressiva disfunzione d'organo

CLASSI DI SHOCK

	CLASSE I	CLASSE II	CLASSE III	CLASSE IV
Perdita di sangue (ml)	Fino a 750	750 - 1500	1500 - 2000	> 2000
Perdita di sangue (% del volume ematico)	Fino al 15 %	15 – 30 %	30 – 40 %	> 40 %
Frequenza cardiaca	< 100	> 100	> 120	> 140
Pressione arteriosa	Normale	Normale	Ridotta	Ridotta
Pressione differenziale (mm Hg)	Normale o aumentata	Ridotta	Ridotta	Ridotta
Frequenza respiratoria	14 - 20	20 - 30	30 - 40	> 35
Diuresi oraria (ml/h)	> 30	20 -30	da 5 a 15	Trascurabile
Stato di coscienza	Leggermente ansioso	Moderatamente ansioso	Ansioso e confuso	Confuso e letargico
Reintegrazione di liquidi (regola 3:1)	Cristalloidi	Cristalloidi	Cristalloidi e sangue	Cristalloidi e sangue

SHOCK EMORRAGICO

EMERGENCY PHYSICIAN ESTIMATION OF BLOOD LOSS

THE MEAN STANDARD ERROR FOR ALL ESTIMATES WAS 116% WITH A RANGE OF 0% TO 1233%. ONLY 8% OF ESTIMATES WERE WITHIN 20% OF THE TRUE VALUE

Ashburn JC et al. West J Emerg Med 2012 13(4)
376-379

CLASSI DI SHOCK

VERRANNO ESEGUITI DA REPARTO E, CIÒ CHE POSSIBILE, IN AMBULANZA:

- **esplorazione rettale** e valutazione dei segni obiettivi di shock (cute fredda confusione mentale oligoanuria ecc...)
- **ECG**
- **esami di laboratorio** (emocromo, sodio, potassio, PT , APTT , emogruppo con prove di compatibilità, azotemia, funzionalità epatica e renale)
- **Somministrare cristalloidi , emoderivati e farmaci se necessari alla stabilizzazione**
- **EGA** (se indicato es. paziente instabile,)
- **Posizionamento di catetere vescicale** per determinare output urinario in caso di shock
- ***Non indicato posizionamento SNG***

STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO

Al fine di effettuare una rapida e corretta stima del rischio di risanguinamento e/o morte, sono stati proposti alcuni scores di facile utilizzo, in particolare quello di Blatchford e di Rockall sulla base di dati clinici, laboratoristici ed endoscopici.

Score di Blatchford

Marker di rischio	Punteggio componente di valore
Azotemia mg/dl	
≥ 18 e < 22	2
≥ 22 < 28	3
≥ 28 e < 70	4
≥ 70	6
Emoglobina (g / L) per gli uomini	
≥12.0 <13.0	1
≥10.0 <12.0	3
<10.0	6
Emoglobina (g / L) per le donne	
≥10.0 <12.0	1
<10.0	6
Pressione arteriosa sistolica (mm Hg)	
100–109	1
90–99	2
<90	3
Altri markers	
FC ≥ 100 (per minuto)	1
Presentazione con melena	1
Presentazione con sincope	2
Epatopatia	2
Scompenso cardiaco	2

LEGENDA INTERPRETATIVA SCORE DI BLATCHFORD

Punteggio < 4 + stato emodinamico stabile,
l'EGDS può essere eseguita entro 24-48 h.

Punteggio \geq 4 + stato emodinamico normale
EGDS entro 6/12h

**Punteggio qualsiasi ma paziente instabile o che abbia
presentato fasi di instabilità, ematemesi o sia un
epatopatico noto :**

EGDS appena possibile

RICORDA SEMPRE

Instabilità
emodinamica
anche se
corretta,
ematemesi o
epatopatia nota



Centralizzazione
: EGDS appena
possibile

BLATCHFORD < 4 + STABILITÀ EMODINAMICA

Blatchford < 4

+

Stabilità
emodinamica



EGDS entro 24
/ 48 h

BLATCHFORD ≥ 4 + STATO EMODINAMICO
NORMALE

Blatchford ≥ 4

+

Stabilità
emodinamica



EGDS entro 6 /
12 h

STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO ROCKALL SCORE

PUNTEGGIO ROCKALL PER LA PROGNOSI DEI SANGUINAMENTI DEL TRATTO GASTROINTESTINALE SUPERIORE

0

1

2

3

PRIMA DELLA ENDOSCOPIA GASTROINTESTINALE SUPERIORE

Età	< 60 anni	60-79 anni	=> 80 anni	
Shock	Non shock, PA > 100 mmHg, e FC < 100	Tachicardia, PA > 100 mmHg, e FC > 100	Ipotensione, PA < 100 mmHg	
Comorbilità	Non comorbilità maggiore		Patologia ischemica cardiaca, insufficienza cardiaca, alcune comorbilità maggiori	Insufficienza renale od epatica, Cancro disseminato

STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO ROCKALL SCORE

PUNTEGGIO ROCKALL PER LA PROGNOSE DEI SANGUINAMENTI DEL TRATTO GASTROINTESTINALE SUPERIORE

0

1

2

3

Dopo l'endoscopia gastro intestinale superiore

Diagnosi	Mallory-Weiss o nessuna altra lesione trovata. Assenza di segni di recente emorragia	Tutte le altre diagnosi	Cancro gastrointestinale	
Segni di recente emorragia maggiore	Nessuna o solo piccole macchie		Sangue nel tratto gastrointestinale superiore, assenza di sanguinamento vasale visibile, spruzzi ematici o coaguli aderenti.	

LEGENDA INTERPRETATIVA DELLO SCORE DI ROCKALL

Punteggio ≤ 3 basso rischio di risanguinamento

Potenzialmente il paziente può essere dimesso direttamente dal DEA

Punteggio compreso tra 4 e 6 medio rischio di risanguinamento

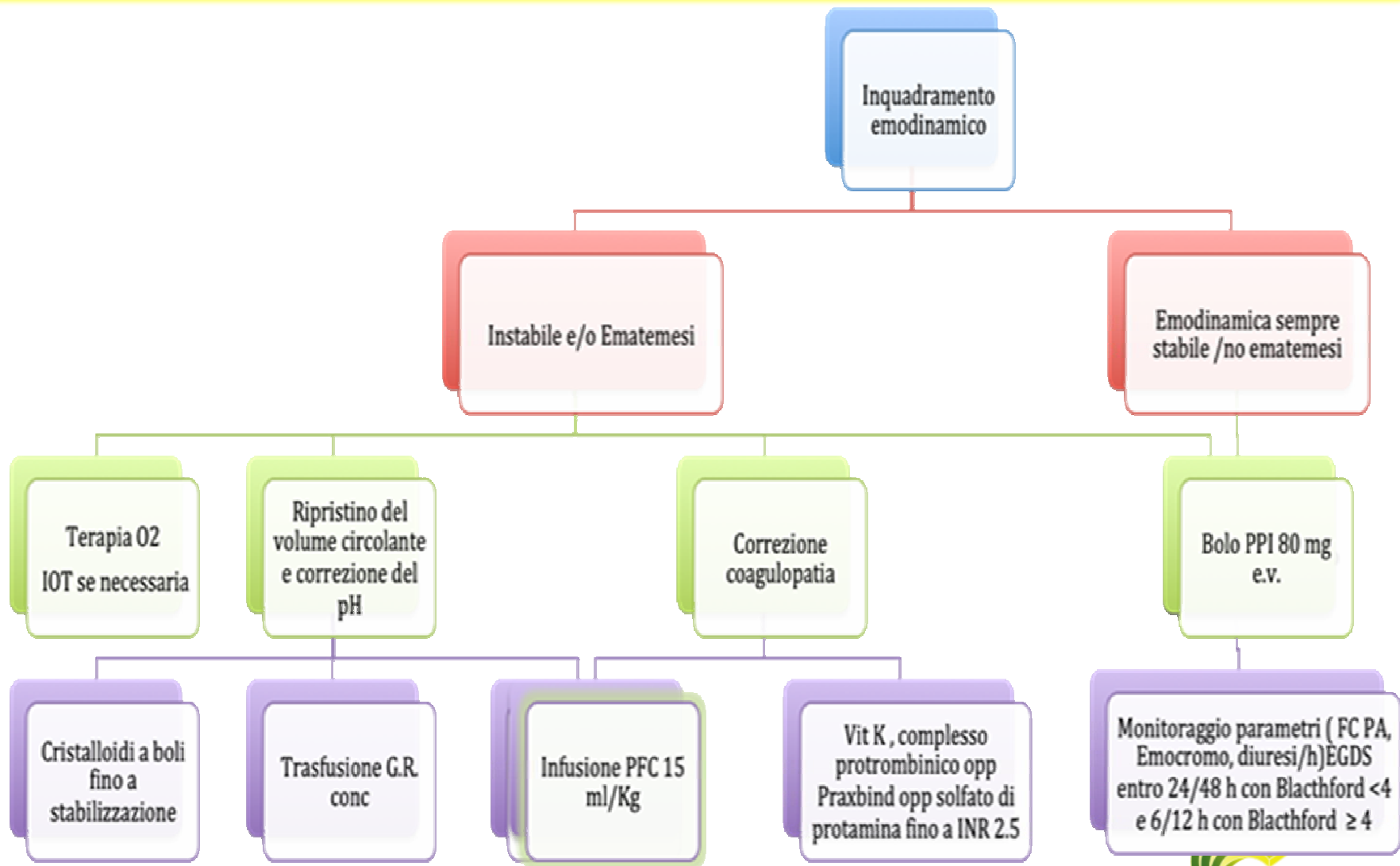
Ricovero in un reparto di Gastroenterologia o di Medicina Interna se non disponibili posti letto gastroenterologici

Punteggio ≥ 7 alto rischio di risanguinamento

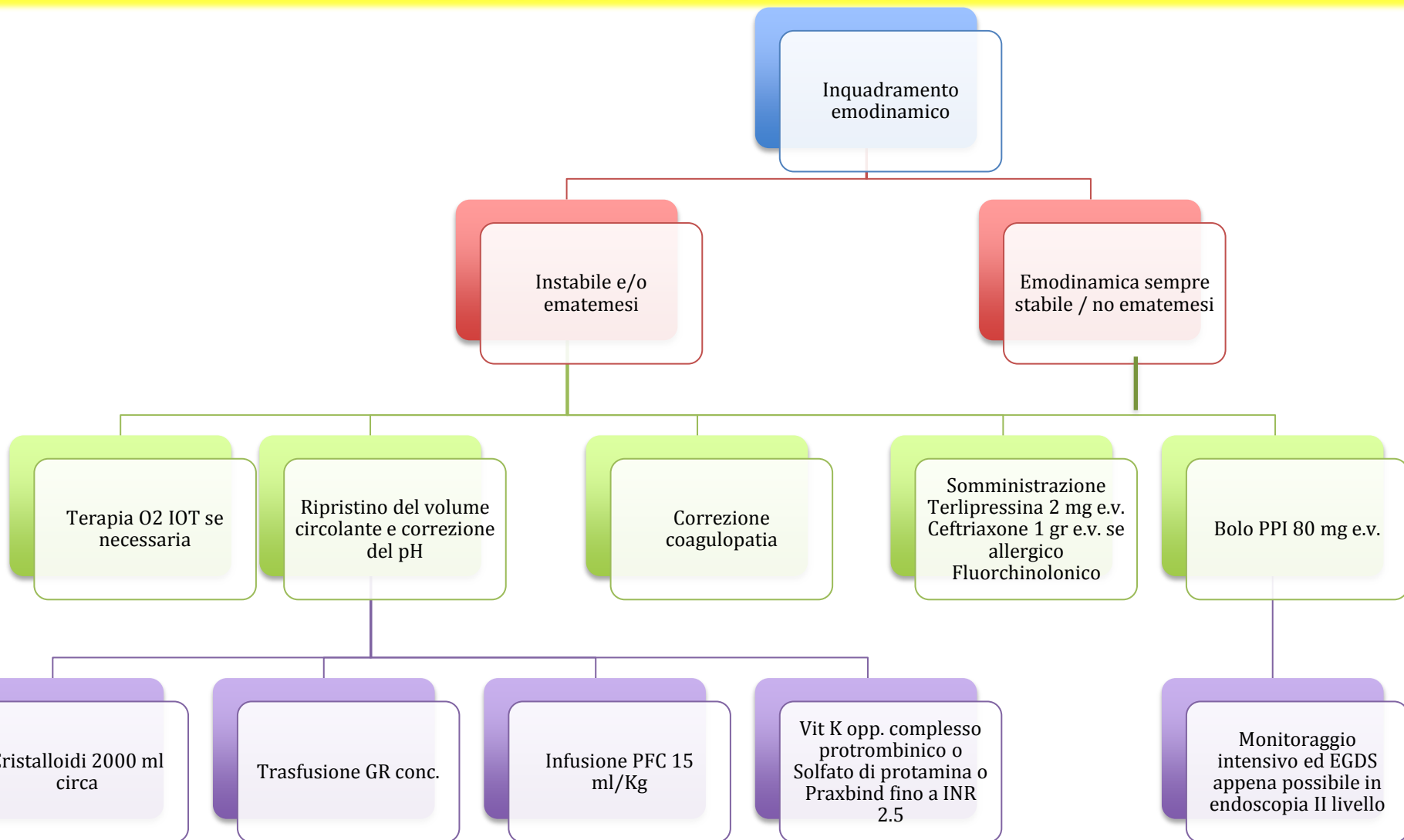
Ricovero in un reparto di terapia intensiva



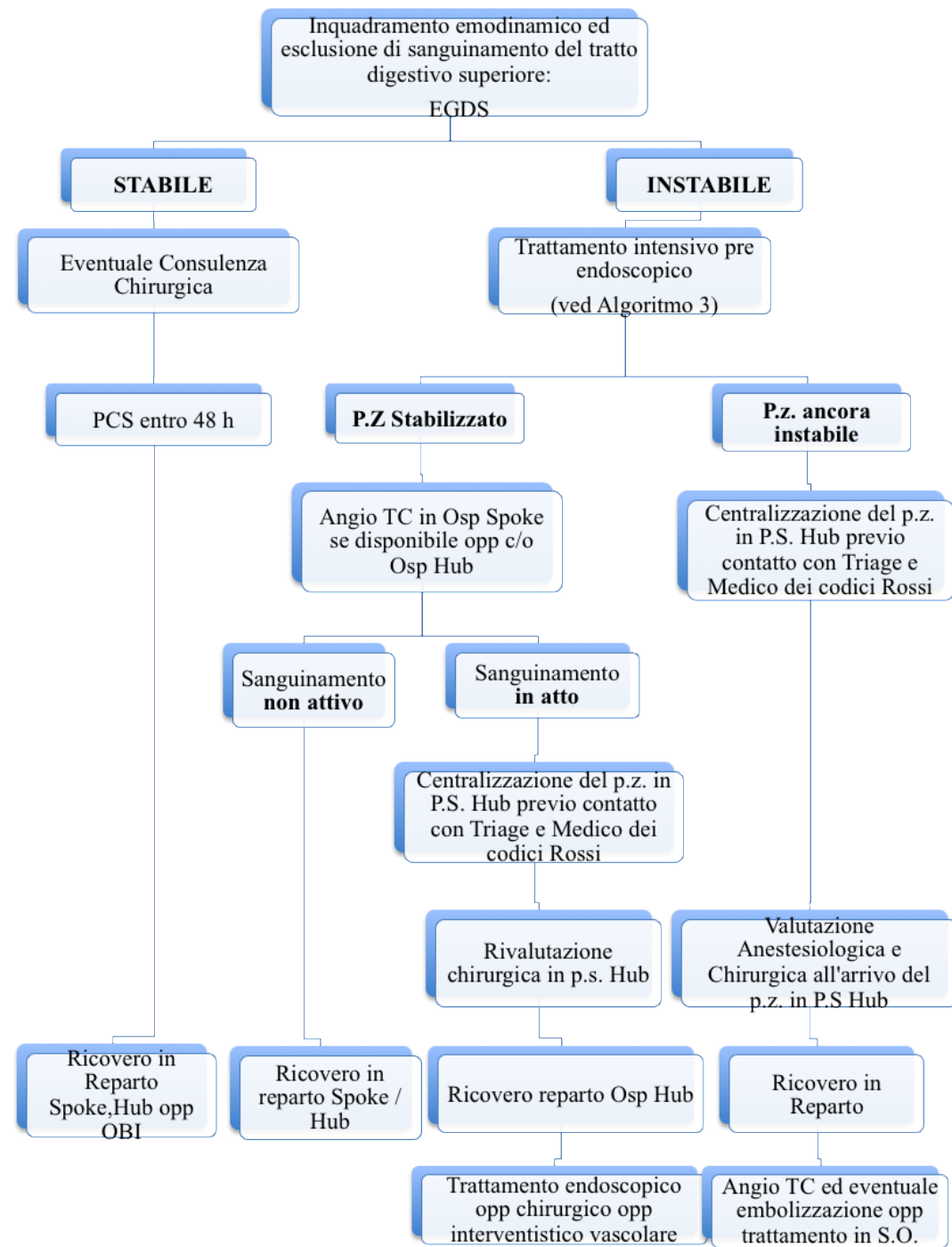
TRATTAMENTO INTENSIVO PRE ENDOSCOPICO DELL'EMORRAGIA DIGESTIVA



TRATTAMENTO INTENSIVO PRE ENDOSCOPICO DELL'EMORRAGIA DIGESTIVA SUPERIORE IN EPATOPATICO NOTO



EMORRAGIA DIGESTIVE INFERIORI IN PAZIENTI IN OSPEDALI SPOKE/TERRITORIO



EMORRAGIA DIGESTIVE INFERIORI IN PAZIENTI IN OSPEDALI SPOKE / TERRITORIO

Non si dispone attualmente di score che forniscano **STIMA DEL RISCHIO NELLE EMORRAGIE DEL TRATTO INFERIORE**. Vengono considerate indicazioni all'attivazione di un percorso diagnostico terapeutico in urgenza:

Età > 60 anni

Instabilità emodinamica

Rettorragia di rilevante entità

Assunzione di FANS

Presenza di significative comorbilità

Prima dell'esecuzione della Pancolonscopia che deve avvenire tra le 8 e le 48 h o appena possibile nel caso di pazienti con emodinamica alterata, deve essere eseguita una preparazione con polietilenglicole eventualmente trans-sondino per ridurre i tempi. Nei pazienti instabili in cui risulti difficile o impossibile la preparazione o con colonscopia non diagnostica e non terapeutica, si deve ricorrere all'angio-TC con eventuale embolizzazione.

Il ricorso alla chirurgia deve essere subordinato all'insuccesso delle altre metodiche.

TERAPIA MEDICA DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE

Terapia medica con PPI:

*Omeprazolo o pantoprazolo 80 mg in bolo e.v.
+ 8 mg/h per 72 h in infusione*

TERAPIA MEDICA DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE

Terapia medica con i farmaci vasoattivi in epatopatico noto:

❖ **Terlipressina:** 2mg in bolo e.v. ogni 4–6 h per 48h

-poi 1 mg in bolo e.v. ogni 4-6- h fino al V giorno

❖ **Octreotide:** 50 μ g in bolo

- seguiti da 25-50 μ g/h e.v. per 5gg.

❖ **Somatostatina:**

a. dosaggio standard: 250 μ g in bolo e.v.

-seguiti da 250 e.v. per 5gg

b. alte dosi: 250 μ g in bolo e.v. ripetuti fino a 3 volte nella I h

- seguiti da 500 μ g/h e.v. in caso di emorragia refrattaria.

Terapia medica per la profilassi delle infezioni batteriche comprese le emorragie varicose :

- *Ceftriaxone 1 gr e.v.die*
- *Ciprofloxacina: 200 mg e.v. per 2 die (solo se allergico Ceftriaxone)*

TERAPIA MEDICA PER I PAZIENTI IN TAO

- ❖ **Sospendere TAO e somministrare consenso informato per somministrazione di emoderivati**
- ❖ **Vit K 1 fl 10 mg e.v. in infusione lenta ripetibile dopo 12 h se INR ancora elevato. Il controllo dell' INR non sembra ragionevole prima delle 3 h visto che l'effetto massimo si ottiene in 6/8 h**

TERAPIA MEDICA PER I PAZIENTI IN TAO

❖ **Concentrati del complesso protrombinico PCC -Human complex, Kedcom, Fattori IX ,II e X-** in infusione e.v. della durata di circa 15-20 minuti secondo le seguenti modalità:

Se $INR < 2$: 20 UI/kg

Se $INR > 2$ e < 4 : 30UI/kg

Se $INR > 4$ 50 UI/kg

❖ **Se INR non disponibile in tempi compatibili con la situazione clinica del paziente:**

PCC : 20 U/Kg

TERAPIA MEDICA PER I PAZIENTI IN TAO

❖ ***Plasma fresco congelato*** alla dose di 15 ml/kg, in mancanza di concentrati del complesso protrombinico

❖ ***Se dopo trattamento INR > 1,5 ripetere il trattamento fino ad ottenere INR almeno < 2.5 se p.z. instabile o fino a INR < 1.5 se stabile. Il controllo dell'INR può essere fatto a distanza di pochi minuti dopo l'infusione dei PCC.***

TERAPIA MEDICA DEI PAZIENTI IN EPARINA

Antidoto: *Solfato o cloridrato di protamina fl da 50 mg/5 ml neutralizza l'eparina in 5 minuti*

deve essere somministrata solo e.v. perché i.m. o s.c. è inattiva

• **Adulti (nei bambini la sicurezza e l'efficacia non sono state stabilite-negli anziani non raccomandazioni specifiche):** 1 mg di protamina cloridrato o solfato ogni 100 U.I. di eparina, in infusione endovenosa lenta, fino a 50 mg in 10 minuti

• *Data la breve emivita dell'eparina somministrata endovena, la sua concentrazione diminuisce rapidamente e di conseguenza diminuisce anche il fabbisogno di protamina cloridrato.*

TERAPIA MEDICA DEI PAZIENTI IN EPARINA

- ❖ Eparina somministrata e.v. o da pochi minuti: 1-1,5 mg di protamina cloridrato ogni 100 U.I. di eparina. o da 30-60 minuti: 0,50-0,75 mg di protamina cloridrato ogni 100 U.I. di eparina. o da 2 ore: 0,25-0,37 mg di protamina cloridrato ogni 100 U.I. di eparina.
- ❖ Eparina somministrata in infusione continua: 25-50 mg di protamina cloridrato immediatamente dopo l'interruzione dell'infusione.
- ❖ Eparina somministrata: 25-50 mg di protamina cloridrato, la restante dose calcolata in infusione continua nell'arco di 8-16 ore.

Controindicazioni

Assunzione di antibiotici o mezzi di contrasto, poiché può dar luogo a formazione di precipitati;

pazienti recentemente esposti a protamina (per neutralizzazione dell'eparina o per somministrazione di insulina-protamina);

- allergici al pesce

possono sviluppare reazioni allergiche fino all'anafilassi fatale; maschi sterili o vasectomizzati possono avere anticorpi anti protamina circolanti e manifestare gravi reazioni avverse all'uso di protamina cloridrato e solfato e.v.; pazienti diabetici in terapia con insulina-zinco-protamina, ipersensibilità alla protamina.

TERAPIA MEDICA DEI PAZIENTI IN DABIGATRAN

- ❖ *L'Idarucizumab (Praxbind) è l'antidoto specifico per il Dabigatran (Pradaxa)*
- ❖ *La dose raccomandata è di 5 g e viene somministrato e.v., tramite 2 boli consecutivi di 5/ 10 minuti ciascuno o tramite iniezione in bolo, a distanza di non più di 15 minuti uno dall'altro*
- ❖ *Non è necessario nessun aggiustamento terapeutico né nei pazienti con IRC, né con insufficienza epatica*

Attenti ai pazienti con intolleranza ereditaria al fruttosio perché contiene sorbitolo e può comparire pertanto: ipoglicemia, acidosi metabolica, aumento dell'ac. urico ed insufficienza epatica acuta



Documento regionale di indirizzo

**Indicazioni sulla gestione delle
emergenze emorragiche in corso di
trattamento con farmaci
anticoagulanti orali**

Aggiornamento settembre 2016

TERAPIA MEDICA DEI PAZIENTI IN TERAPIA CON ANTICOAGULANTI ORALI INIBITORI DIRETTI DEL FATTORE X

- ❖ Somministrare concentrati del complesso protrombinico alle dosi di 25 UI/kg eventualmente ripetibili 1-2 volte dopo attenta valutazione del rischio trombotico
- ❖ Somministrare acido tranexamico alle dosi di 15 mg/ kg 3 volte al dì per via endovenosa oppure 25 mg/kg 3 volte al dì per os fino al controllo dell'emorragia
- ❖ In caso di emorragia non responsiva ai precedenti trattamenti considerare la possibilità di una somministrazione di concentrati del complesso protrombinico attivati alle dosi indicative di 50 UI/kg fino a un massimo di 200 UI/kg al giorno.

TERAPIA MEDICA DEI PAZIENTI IN TERAPIA CON DOAC

Queste misure sono da attuare in caso di emorragia maggiore a rischio di vita e/o di perdita di organo/funzione in presenza di valori anomali dei test di laboratorio specifici (Tempo di Trombina diluito o Tempo di Trombina diluito o dosaggio cromogenico dell'attività anti -IIa)

QUALORA, A FRONTE DI UN DATO ANAMNESTICO AFFIDABILE DI UTILIZZO DI UN DOAC, IL DATO DI LABORATORIO NON SIA DISPONIBILE IN TEMPI COMPATIBILI CON LA SITUAZIONE CLINICA DEL PAZIENTE TALI PROVVEDIMENTI VANNO ADOTTATI IMMEDIATAMENTE

RICHIESTA DOSAGGIO DOAC

Compilare il modulo cartaceo e la prenotazione in:

- ❖ **SAP:** per le richieste emergenti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria.
- ❖ **GALILEO:** per le richieste urgenti dei Pronto Soccorso dell'Azienda Unità Sanitaria Locale.
- ❖ **NBS:** per le richieste urgenti dei reparti di degenza degli Ospedali dell'Azienda Unità Sanitaria Locale.
 - Valutare la funzionalità renale, epatica e l'emocromo del paziente che assume il DOAC
 - In caso di somministrazione dell'antidoto sono necessari più controlli successivi.

Attenzione: la richiesta di dosaggio in emergenza/urgenza è accettata solo e esclusivamente previo avviso telefonico, prenotazione su SAP o GALILEO o SNS e invio contemporaneo del presente modulo correttamente compilato con il campione.

In caso di motivazione NON appropriata l'esame NON verrà eseguito.

Compilare inigrafica

REPARTO.....Data.....

COGNOME.....NOME.....

Nato.....

Richiesta contemporanea di creatinemia: SI NO

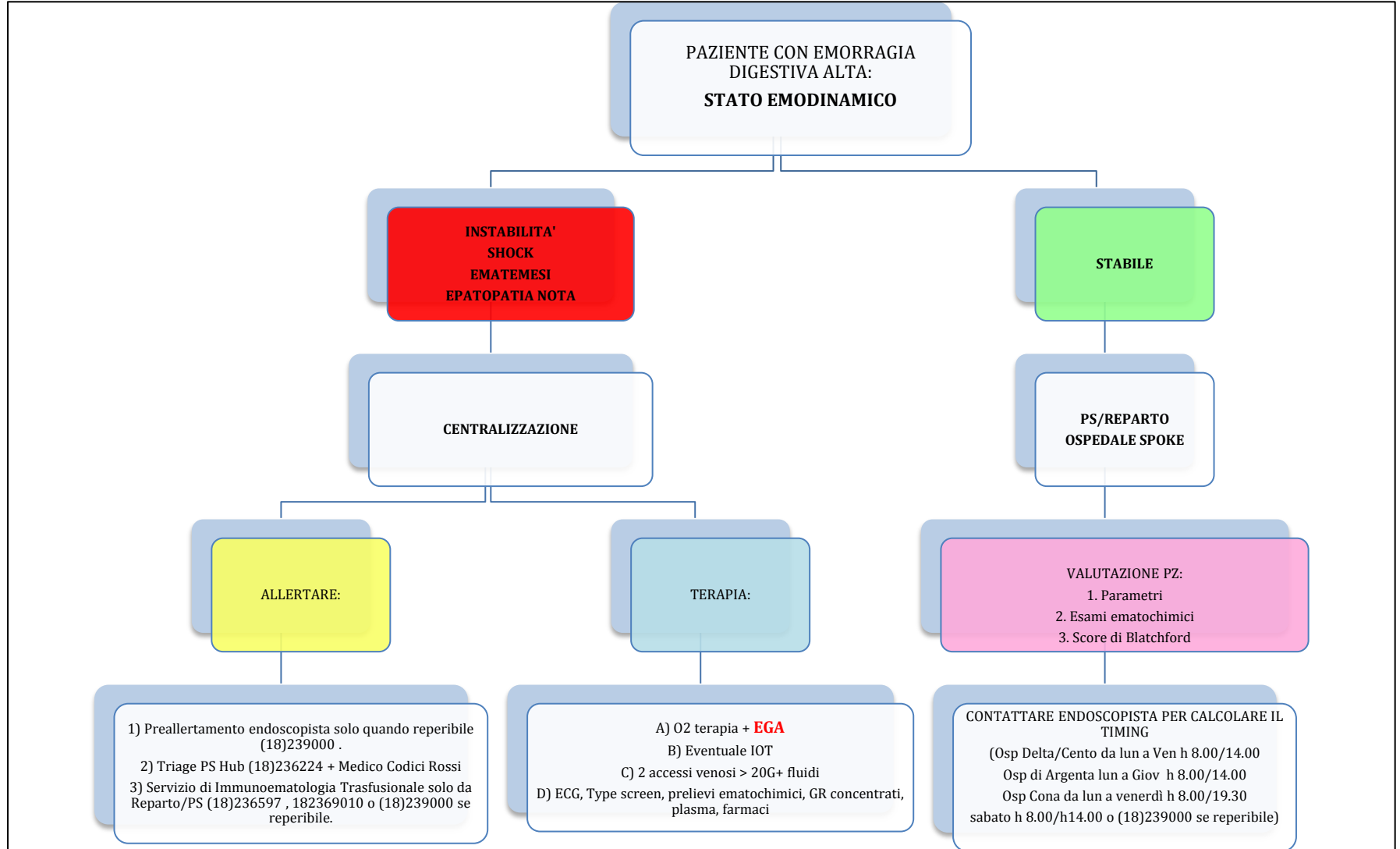
Obeso Sottopeso

Codice a barre

Medico Richiedente			Telefono	
Farmaco	Principio attivo (Nome commerciale)	Dosaggio	Data e ora ultima somministrazione	
DOAC	Dabigatran (Pradaxa®)mg &v/die		
	Rivaroxaban (Xarelto®)mg &v/die		
	Apixaban (Eliquis®)mg &v/die		
	Edoxaban (Lixiana®)mg &v/die		
Altri Farmaci Anticoagulanti in corso	UHT / LMWH Fondaparinux (specificare)			
	AVK (specificare)			
Antiaggreganti piastrinici	(specificare)			
Altri farmaci con possibile interferenza	(specificare)			
Motivazione Clinica in corso di terapia con DOA	<input type="checkbox"/> Evento avverso maggiore: emorragia / trombosi <input type="checkbox"/> Paziente con stroke da sottoporre a trombolisi <input type="checkbox"/> Intervento chirurgico urgente			
Eventuale terapia di supporto anti-emorragico		Dose e timing di somministrazione		

RICHIESTA DOSAGGIO DOAC

RIASSUMENDO



REFERTO DI PRONTO SOCCORSO

Referto N. 19 / 5672

Data/Ora Triage: 21/03/2019 13:09
Data/Ora Visita: 21/03/2019 13:10
Data/Ora Dimissione: 21/03/2019 14:09

113590

Nato a: [REDACTED] 19079
Residenza: FERRARA Prov: FE Nazionalità: 100 ITALIA
Indirizzo: VIA COLOMBAROLA, 34
Recapito: 3384289023 Regione: 080 EMILIA ROMAGNA
Codice Fiscale: PNZPNC51803F198Q USL: 109 A.109-FERRARA
Stato Civile: NON DICHIARATO

IDENTIFICAZIONE: 21/03/2019 13:07 - Avvertenza Triage 363NANO DIAMETRO
REAPINZE - NON COLLABORANTE SENZA ACCOMPAGNATORE - CON DICHIARAZIONE VERBALE (-)

Causale di Accesso: MALATTIA Mezzo di Trasporto: AUTOAMBULANZA 118 ALS
Problema principale: DISPNEA Modalità d'invio: CENTRALE OPERATIVA 118
Codice Priorità di Accesso: ROSSO

Note Anamnestiche

- 14:07 21/03/2019

Alle h 11.00 circa ha assunto aulin a stomaco pieno per dolore spalla sin popst traumatico. Alle h 11.30 ha assunto alcolici poi episodio di vomito e in seguito episodio sincopale seguito da scarica di melena. Che si è ripetuto in p.s.

t.d. acrestin zestorebic iperten

All'arrivo del 118 pa 100/70 glic 144 mg/dl sat in aa 87% con terapia O2 10 l 94% eseguito per presenza di broncospasmo e rumori umidi aggiunti terapia aresol con broncovalas clenil e atem in ambulanza. addome globoso per adipe trattabile non dolente. MV ridotto sut tutto l'ambito con ronchi diffuso e marcato broncospasmo.

fs 1000 cc ringer latt 500 cc + omeprazen 80 mg e.v. ventolin 2 puff.

eseguito Type screen avviato endoscopista di guardia Dott. [REDACTED]

Si invia in p.s. a Cona con ambulanza medicalizzata

Prestazioni Erogate:

- 1 prima visita
- 1 elettrocardiogramma
- 1 prelievo di sangue venoso (esami di laboratorio)
- 1 prelievo di sangue arterioso (erogas)
- 1 febedisi con sorveglianza per durata

Accertamenti Richiesti:

LABORATORIO ANALISI 21/03/2019 13:11
LABORATORIO ANALISI 21/03/2019 13:13
RADIOLOGIA 21/03/2019 13:17
RX TORACE AL LETTO Prenotato: 21/03/2019 13:17 - RADIOLOGIA LAGOSANTO

Diagnosi:

Emorragia digestiva ed insufficienza respiratoria da verosimile inalazione durante episodio sincopale

Prognosi: N.C.

Referto autorità giudiziaria: NO

Esito finale: TRASF. ALTRO OSPED. CON MEDICO

Ospedale di trasferimento: AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSIT.

Mezzo: AUTOAMBULANZA 118 ALS

Terapia Consigliata:

si invia in p.s. Cona per eseguire EGDS urg

Profilassi antitetanica: non necessaria

Ticket: NO Esenzione: Non si applica (Ricovero, OBI, Decesso)

Codice d'uscita: PAZIENTE CRITICO

PRONTO SOCCORSO

Direttore: Dr.ssa Maria Adelina Ricciardelli
 Responsabile M.O. Dott. G. Calabrese Coordinatore Infermieristico Daniela Zanellati

REFERTO DI PRONTO SOCCORSO

Referto N. 19 / 3807

Data/Ora Triage: 25/02/2019 09:04
 Data/Ora Visita: 25/02/2019 09:07
 Data/Ora Dimissione: 25/02/2019 09:18

*ASSUSLPE019321

Nato il: [REDACTED] **PRO**

Nato a: LAGOSANTO Il: 03/03/2007 N. Tessera: 7386130

Residenza: COMACCHIO Prov: FE Nazionalità: 100 ITALIA

Indirizzo: VIALE GERMANIA 39

Recapito: 3392627841 Regione: 080 EMILIA ROMAGNA

Codice Fiscale: PCCLSN07C03E410D USL: 109 A.109-FERRARA

Stato Civile: NON DICHIARATO

IDENTIFICAZIONE: 25022019 09:03 - Accettazione Triage (ROMANO ALESSANDRA)
 MINORE CON LEGALE RAPPRESENTANTE (L.R.) - CON DOCUMENTO DI IDENTITA' PROPRIO (ALTRO -)

Causale di Accesso: MALATTIA Mezzo di Trasporto: MEZZO PROPRIO

Problema principale: ALTRI SINTOMI O DISTURBI Modalità d'invio: SE STESSO

Codice Priorità di Accesso: **ROSSO**

Note Anamnestiche: [REDACTED]

- 09:12 25/02/2019

Questa mattina 2 episodi di mitemesi con presenza di coaguli in assenza di dolore epigastrico.
 Non patologie di rilievo non allergopatie a farmaci note. non ha assunto FANS né avuto vomito nei giorni precedenti alvo
 pervio e riferito regolare.
 e.o addome trattabile n on dolente e.o. Cardio polmonare nella norma.
 pa 115/80 sat in aa 98% fr 16 fc 72
 fis 250 cc + ranidi 1 ff a seguire fis 500 cc

Prestazioni Erogate:

1. prima visita

Accertamenti Richiesti:

LABORATORIO ANALISI 25/02/2019 09:12

Diagnosi:

Ematemesi di n dd

Prognosi: N.C. **Referto autorità giudiziaria:** NO

Esito finale: TRASF. ALTRO OSPED. CON MEDICO

Ospedale di trasferimento: AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSIT. **Mezzo:** AUTOAMBULANZA 118

Terapia Consigliata:

si centrali e si avverte il triage del P.s. e l'endoscopia d'ge
 stiva e il p.s. Pediatrico.

Profilassi antitetanica: non necessaria

Ticket: NO **Esenzione:** Non si applica (Ricovero, OBI, Decesso)

Codice d'uscita: PAZIENTE CRITICO

IL MEDICO
 [REDACTED]