

Registro regionale
traumi gravi
RRTG

Data Dictionary

gennaio 2007

Redazione a cura di

<i>Cancellieri Francesco</i>	AUSL Bologna
<i>Casolari Loretta</i>	Agenzia Sanitaria Regionale
<i>Chieregato Arturo</i>	AUSL Cesena
<i>Ferro Salvatore</i>	Assessorato Politiche per la Salute
<i>Gambale Giorgio</i>	AUSL Forlì
<i>Giugni Aimone</i>	AUSL Bologna
<i>Gordini Giovanni</i>	AUSL Bologna
<i>Negro Antonella</i>	Agenzia Sanitaria Regionale
<i>Sabia Giuseppe</i>	AUSL Cesena
<i>Targa Luigi</i>	AUSL Cesena
<i>Volpi Annalisa</i>	Az.Osp.Univ.Parma

Obiettivo del presente documento è la definizione condivisa dei contenuti dei campi del tracciato record del database Traumi Gravi Emilia Romagna. La standardizzazione delle informazioni garantisce la riproducibilità dei dati su osservazioni diverse dello stesso fenomeno.

La rilevazione riguarda tutti i pazienti traumatizzati assistiti presso gli ospedali della Regione Emilia Romagna e che presentano almeno una delle seguenti condizioni:

- Injury Severity Score (ISS) > 15
- Ricovero in Terapia Intensiva (TI)
- Deceduti in Pronto Soccorso (PS)

Le informazioni raccolte comprendono:

- Dati identificativi del ricovero o dell'accesso al PS
- Informazioni relative alla fase preospedaliera
- Assistenza in Pronto Soccorso
- Diagnostica strumentale e terapia
- Assistenza in Reparto
- Esiti al momento della dimissione

INDICE

SEZIONE 1 : DATI GENERALI.....	4
SEZIONE 2 : 118.....	6
SEZIONE 3 : PRONTO SOCCORSO.....	11
SEZIONE 4 : DIAGNOSTICA STRUMENTALE E TERAPIA.....	15
SEZIONE 5 : RICOVERO.....	19
SEZIONE 6 : ESITI.....	27
CODICI STABILIMENTO.....	29
CODICI REPARTO.....	30
CODICI INTERVENTI CHIRURGICI.....	31

GLOSSARIO

AIS	Abbreviated Injury Score
ATLS	Advanced Trauma Life Support
BE	Base Excess
EDH	Ematoma extradurale
FR	Frequenza Respiratoria
GCS	Glasgow Coma Scale
ICP	Pressione Intra Cranica
ISS	Injury Severity Score
PaCO₂	Pressione parziale di CO ₂
PAS	Pressione Arteriosa Sistolica
PS	Pronto Soccorso
RTS	Revised Trauma Score
SDH	Ematoma subdurale
TI	Terapia Intensiva
TRISS	Trauma Revised Injury Severity Score

Sezione 1 : Dati generali**1_1 CODICE FISCALE**

Definizione: codice fiscale del paziente
Formato: C
Posizione: l'informazione al momento non viene raccolta.
Lunghezza: 16

1_2 ETA'

Definizione: età del paziente (espressa in anni) al momento del trauma. Verrà effettuato un controllo scartante e la mancanza dell'informazione blocca l'ingresso del record nel database regionale.
Formato: N
Posizione: 1-3
Lunghezza: 3
Codifica: per i pazienti pediatrici di età inferiore ai 12 mesi indicare 0.
Uso: parametro inserito nel calcolo del TRISS.

1_3 SESSO

Definizione: sesso del paziente. Verrà effettuato un controllo scartante e la mancanza dell'informazione blocca l'ingresso del record nel database regionale.
Formato: C
Posizione: 4
Lunghezza: 1
Codifica: M=MASCHIO F=FEMMINA

1_4 CODICE STABILIMENTO DI COMPILAZIONE.

Definizione: individua lo stabilimento ospedaliero sede del reparto di ricovero ovvero sede di Pronto Soccorso per i pazienti deceduti in PS. Insieme al campo 1_5 e 1_6 forma la chiave per i link con l'archivio regionale (SDO). Verrà effettuato un controllo scartante e la mancanza dell'informazione blocca l'ingresso del record nel database regionale.
Formato: C
Posizione: 5-12
Lunghezza: 8 (se Lunghezza: <8 allineare a destra)
Codifica: ELENCO STABILIMENTI (Tab.1)

1_5 ANNO SDO

Definizione: identifica l'anno del ricovero. Insieme al campo 1_5 e 1_6 forma la chiave per i link con l'archivio regionale delle Schede di dimissione ospedaliera (SDO). Il campo deve essere valorizzato per i pazienti che hanno un ricovero. Verrà effettuato un controllo scartante e la mancanza dell'informazione blocca l'ingresso del record nel database regionale.
Formato: N
Posizione: 13-16
Lunghezza: 4

1_6 PROGRESSIVO SDO

Definizione: numero progressivo della SDO; corrisponde al numero identificativo della cartella clinica. Insieme al campo 1_4 e 1_5 forma la chiave per i link con l'archivio regionale (SDO). Il campo deve essere valorizzato per i pazienti che hanno un ricovero. Verrà effettuato un controllo scartante e la mancanza dell'informazione blocca l'ingresso del record nel database regionale.
Formato: N
Posizione: 17-22
Lunghezza: 6
Codifica: i 6 caratteri corrispondono alla numerazione progressiva dell'anno: è assegnato al momento dell'ammissione.

1_7 MODALITA' DI AMMISSIONE IN REPARTO

Definizione: corrisponde alla modalità con cui il paziente giunge in reparto per il ricovero.

Formato: C

Posizione: 23

Lunghezza: 1

Codifica:

1=DIRETTA

2=INVIATO DA PS ESTERNO

3=PRECEDENTE RICOVERO IN STRUTTURA

4=ALTRO

La modalità 1= DIRETTA identifica l'ammissione da Pronto Soccorso dello stesso Ospedale nel quale il paziente viene ricoverato.

1_8 REPARTO DI AMMISSIONE

Definizione: individua il reparto di ricovero. Verrà effettuato un controllo scartante e la mancanza dell'informazione blocca l'ingresso del record nel database regionale.

Formato: C

Posizione: 24-26

Lunghezza: 3

Codifica: corrisponde al codice identificativo della disciplina di ammissione (Tab.2)

Sezione 2 : 118**2_1 DATA DELLA CHIAMATA ALLA CENTRALE OPERATIVA**

Definizione: data della chiamata alla Centrale Operativa (CO) come rilevato dalla scheda 118.

Formato: GGMMAAAA

Posizione: 27-34

Lunghezza: 8

2_2 ORA DELLA CHIAMATA ALLA CENTRALE OPERATIVA

Definizione: ora della chiamata alla Centrale Operativa (CO) come rilevato dalla scheda 118.

Formato: : HHMM

Posizione: 35-38

Lunghezza: 4

2_3 DATA ARRIVO DEL PRIMO MEZZO SUL POSTO

Definizione: data di arrivo del primo mezzo di soccorso come rilevato dalla scheda 118.

Formato: GGMMAAAA

Posizione: 39-46

Lunghezza: 8

2_4 ORA ARRIVO DEL PRIMO MEZZO SUL POSTO

Definizione: ora di arrivo del primo mezzo di soccorso come rilevato dalla scheda 118.

Formato: HHMM

Posizione: 47-50

Lunghezza: 4

2_5 TIPOLOGIA DEL MEZZO PRESENTE SUL POSTO

Definizione: individua il mezzo di soccorso più avanzato presente sul posto (se presente sia automedica che elisoccorso segnare quest'ultimo). Verrà effettuato un controllo scartante e la mancanza dell'informazione blocca l'ingresso del record nel database regionale.

Formato: C

Posizione: 51

Lunghezza: 1

Codifica:

1=AUTOMEDICA

2=ELISOCCORSO

3=INFERMIERE

4=VOLONTARIO

5=ALTRO

Codifica: in caso di più mezzi di soccorso indicare il più avanzato presente sul posto.

Indicare 5=ALTRO nel caso in cui il soccorso sia stato prestato con mezzo diverso da quelli indicati ad es. con mezzo privato.

2_6 TIPO DI TRAUMA

Definizione: Viene definita penetrante la lesione determinata da oggetti che penetrano all'interno del corpo quali coltelli, altre armi da taglio, pallottole, punteruoli e oggetti appuntiti. Una soluzione di continuo (frattura esposta, ferita lacero contusa) non è una lesione penetrante ma aperta, per cui il trauma si considera chiuso. Le lesioni ascrivibili a trauma chiuso sono quelle secondarie ad incidenti d'auto, moto o bici, investimento di pedoni, cadute accidentali o lesioni volontarie, barotraumi. Le ustioni e le inalazioni rientrano nei traumi chiusi. Verrà effettuato un controllo scartante e la mancanza dell'informazione blocca l'ingresso del record nel database regionale.

Formato: C

Posizione: 52

Lunghezza: 1

Codifica:

1=CHIUSO;

2=PENETRANTE

2_7 USTIONE

Definizione: viene considerata la codifica della centralizzazione dei traumi maggiori: ustioni di II°/III° interessanti >30% della superficie corporea negli adulti, >20% nei bambini.

Formato: C

Posizione: 53

Lunghezza: 1

Codifica:

1=SI; 0=NO

2_8 INTENZIONE

Definizione: viene individuato la volontarietà del soggetto di procurarsi il trauma (autolesione), la casualità del trauma (accidentale) ovvero la volontarietà di terzi (violenza interpersonale).

Formato: C

Posizione: 54

Lunghezza: 1

Codifica:

1=ACCIDENTALE

2=VIOLENZA INTERPERSONALE

3=AUTOLESIONE

4=DUBBIA

Codifica: codificare 4= dubbia nel caso in cui non sia possibile stabilire l'intenzionalità.

2_9 DINAMICA DEL TRAUMA

Definizione: individua il meccanismo con cui si determina la lesione traumatica. Verrà effettuato un controllo scartante e la mancanza dell'informazione blocca l'ingresso del record nel database regionale.

Formato: C

Posizione: 55-56

Lunghezza: 2

Codifica:

1=TRAFFICO

2=CADUTA

3=COLPITO DA PERSONA/OGGETTO

4=SCHIACCIAMENTO

5=ARMA BIANCA

6=ARMA DA FUOCO

7=CALORE

8=ASFISSIA/IMPICCAGIONE

9=ANNEGAMENTO

10=FOLGORAZIONE

11=SCONOSCIUTA

12=ALTRO

Se il trauma è di tipo misto (es. incidente stradale con incendio dei mezzi), scegliere la voce che ha avviato la catena di eventi indipendentemente dalla gravità delle lesioni conseguenti (es. "traffico" nel caso precedente).

2_10 TIPO DI INCIDENTE DA TRAFFICO

Campo condizionale se 2_9 DINAMICA = 1

Definizione: individua la Posizione: del paziente, come conducente/passeggero di un veicolo o pedone.

Formato: C

Posizione: 57

Lunghezza: 1

Codifica:

1=CAMION

2=AUTO

3=MOTO

4=PEDONE

5=CICLISTA

6=ALTRO

Codifica: nella categoria ALTRO sono comprese altre categorie di veicoli ad es. autobus o treno.

2_11 INFORTUNIO SUL LAVORO

Definizione: individua la circostanza nella quale si realizza il trauma.

Formato: C

Posizione: 58

Lunghezza: 1

Codifica:

1=SI

0=NO

Codifica: sono da considerare "infortunio sul lavoro" (indicare 1=SI) gli incidenti da traffico avvenuti in itinere.

2_12 GLASGOW COMA SCALE OCCHI

Definizione: rileva la prima valutazione in fase preospedaliera, comunque prima di ogni manovra ABC.

La scala del coma di Glasgow (Glasgow Coma Scale – GCS) è il punteggio di valutazione dello stato di coscienza, e quindi della gravità del coma, internazionalmente nota e riconosciuta; il GCS, rappresenta lo standard di riferimento per molti protocolli terapeutici. Lo score assegnato sulla base del GCS è determinante anche per identificare i pazienti con indicazione all'intubazione precoce e può condizionare anche l'iter diagnostico e terapeutico intraospedaliero.

Formato: N

Posizione: 59

Lunghezza: 1

Codifica: VALORI AMMISSIBILI DA 1 A 4

Apertura degli occhi:

Spontanea (punti 4)

Agli stimoli verbali (punti 3)

Al dolore (punti 2)

Nessuna (punti 1)

Uso: parametro inserito nel calcolo del Coma Score, dell'RTS e del TRISS.

2_13 GLASGOW COMA SCALE VERBALE

Definizione: rileva la prima valutazione in fase preospedaliera, comunque prima di ogni manovra ABC.

VEDI CAMPO 2_12

Formato: N

Posizione: 60

Lunghezza: 1

Codifica: VALORI AMMISSIBILI DA 1 A 5

La risposta verbale viene valutata come:

Orientata, appropriata (punti 5)

Confusa (punti 4)

Parole inappropriate (punti 3)

Suoni incomprensibili (punti 2)

Nessuna (punti 1)

Uso: parametro inserito nel calcolo del Coma Score, dell'RTS e del TRISS.

2_14 GLASGOW COMA SCALE MOTORIO

Definizione: rileva la prima valutazione in fase preospedaliera , comunque prima di ogni manova ABC.

VEDI CAMPO 2_12

Formato: N

Posizione: 61

Lunghezza: 1

Codifica: VALORI AMMISSIBILI DA 1 A 6

La **risposta motoria** viene valutata:

Obbedisce al comando (punti 6)

Localizza il dolore (punti 5)

Retrae al dolore (punti 4)

Flette al dolore (punti 3)

Estende al dolore (punti 2)

Nessuna (punti 1)

Uso: parametro inserito nel calcolo del Coma Score, dell'RTS e del TRISS.

2_15 PRESSIONE ARTERIOSA SISTOLICA

Definizione: rileva la prima misurazione della pressione sistolica (in mmHg) in fase preospedaliera. Riportare il valore riscontrato appena approcciato il paziente, prima di qualsiasi trattamento.

Formato: N

Posizione: 62-64

Lunghezza: 3

Codifica: VALORI INTERI

Uso: parametro inserito nel calcolo dell'RTS e del TRISS.

2_16 FREQUENZA RESPIRATORIA

Definizione: rileva la prima misurazione della frequenza respiratoria in fase preospedaliera (espressa come numero di atti respiratori per minuto). Riportare il valore riscontrato appena approcciato il paziente, prima di qualsiasi trattamento.

Formato: N

Posizione: 65-67

Lunghezza: 3

Codifica: VALORI INTERI

Uso: parametro inserito nel calcolo dell'RTS e del TRISS.

2_17 PUPILLE

Definizione:.. Nella valutazione dello status pupillare, le variabili da considerare sono due, il calibro della pupilla e la sua reattività alla luce. Di queste la preminente è la reattività alla luce. E' infatti noto che una grave sofferenza cerebrale si esprime con la perdita di questo riflesso.

Ad esempio due pupille possono essere dilatate ma fotoreagenti ed allora dovranno essere classificate al punto 1 ("entrambe fotoreagenti").

La reattività è fondamentale anche quando è presente una asimmetria del calibro. Se le due pupille fossero diverse (anisocoriche), una midriatica massimale ma l'altra in media dilatazione, sarà discriminante la fotoreazione: se la pupilla in media dilatazione fosse fotoreagente allora si tratterebbe di applicare la definizione "unilateralmente dilatata areattiva". Se al contrario questa pupilla non fosse fotoreagente allora la classificazione appropriata sarebbe "entrambe dilatate e areattive"; nel caso invece di pupille anisocoriche ma entrambe fotoreagenti la classificazione corrispondente sarà "entrambe fotoreagenti"

Formato: C

Posizione: 68

Lunghezza: 1

Codifica:

1=Entrambe fotoreagenti

2=Unilateralmente dilatata areattiva

3=Entrambe dilatate e areattive

2_18 SATURAZIONE PERIFERICA OSSIGENO

Definizione: rileva la prima misurazione della saturazione periferica ossigeno in fase preospedaliera (espresso in valore percentuale da 0 a 100).

Formato: N

Posizione: 69-71

Lunghezza: 3

Codifica: riportare il valore riscontrato appena approcciato il paziente, prima di qualsiasi trattamento.

Se non rilevabile indicare: 999

2_19 INTUBAZIONE

Definizione: indica il posizionamento di una via aerea definitiva (tubo endotracheale o cricotirotomia).

Verrà effettuato un controllo scartante e la mancanza dell'informazione blocca l'ingresso del record nel database regionale.

Formato: C

Posizione: 72

Lunghezza: 1

Codifica:

1=SI

0=NO

Codifica: indicare 1=SI se il paziente viene intubato prima dell'arrivo in PS. Il posizionamento di dispositivi laringoesofagei non sono ritenuti intubazione propriamente detta.

2_20 DRENAGGIO PLEURICO

Definizione: indica il posizionamento di qualsiasi dispositivo o manovra di decompressione pleurica di pneumotorace (drenaggio pleurico, agocanula, minitoracotomia).

Formato: C

Posizione: 73

Lunghezza: 1

Codifica:

1=SI

0=NO

Indicare 1=SI se viene posizionato il drenaggio pleurico, agocanula, o se viene effettuata una minitoracotomia prima dell'arrivo in PS

Sezione 3 : Pronto Soccorso**3_1 CODICE STABILIMENTO DI PRIMA DESTINAZIONE**

Formato: C
Posizione: 74-81
Lunghezza: 8 (se Lunghezza: <8 allineare a destra)
Codifica: Elenco Stabilimenti (Tab.1)

3_2 DATA DI ARRIVO IN PRONTO SOCCORSO

Definizione: data di arrivo del paziente in Pronto Soccorso.
Formato: GGMMAAAA
Posizione: 82-89
Lunghezza: 8

3_3 ORA DI ARRIVO IN PRONTO SOCCORSO

Definizione: ora di arrivo del paziente in Pronto Soccorso.
Formato: HHMM
Posizione: 90-93
Lunghezza: 4

3_4 GLASGOW COMA SCALE OCCHI

Definizione: se il paziente non è intubato, sedato o curarizzato indicare il GCS all'arrivo; se il paziente viene intubato, sedato o curarizzato in PS/shock room indicare il GCS peggiore pre-intubazione valutato dopo l'arrivo in Ospedale.

VEDI CAMPO 2_12

Formato: N
Posizione: 94
Lunghezza: 1
Codifica: VALORI AMMISSIBILI DA 1 A 4
VEDI CAMPO 2_12
Uso: parametro inserito nel calcolo del Coma Score, dell'RTS e del TRISS.

3_5 GLASGOW COMA SCALE VERBALE

Definizione: se il paziente non è intubato, sedato o curarizzato indicare il GCS all'arrivo; se il paziente viene intubato, sedato o curarizzato in PS/shock room indicare il GCS peggiore pre-intubazione valutato dopo l'arrivo in Ospedale.

VEDI CAMPO 2_12

Formato: N
Posizione: 95
Lunghezza: 1
Codifica: VALORI AMMISSIBILI DA 1 A 5
VEDI CAMPO 2_13
Uso: parametro inserito nel calcolo del Coma Score, dell'RTS e del TRISS.

3_6 GLASGOW COMA SCALE MOTORIO

Definizione: se il paziente non è intubato, sedato o curarizzato indicare il GCS all'arrivo; se il paziente viene intubato, sedato o curarizzato in PS/shock room indicare il GCS peggiore pre-intubazione valutato dopo l'arrivo in Ospedale.

VEDI CAMPO 2_12

Formato: N
Posizione: 96
Lunghezza: 1
Codifica: VALORI AMMISSIBILI DA 1 A 6
VEDI CAMPO 2_14
Uso: parametro inserito nel calcolo del Coma Score, dell'RTS e del TRISS.

3_7 PRESSIONE ARTERIOSA SISTOLICA

Definizione: rileva la misurazione della pressione sistolica (in mmHg) all'arrivo in Pronto Soccorso

Formato: N

Posizione: 97-99

Lunghezza: 3

Codifica: VALORI INTERI

Riportare il primo valore riscontrato.

Uso: parametro inserito nel calcolo dell'RTS e del TRISS.

3_8 FREQUENZA RESPIRATORIA

Definizione: rileva la misurazione della frequenza respiratoria (espressa come numero di atti respiratori per minuto) all'arrivo in Pronto Soccorso.

Formato: N

Posizione: 100-102

Lunghezza: 3

Codifica: VALORI INTERI

Riportare il primo valore riscontrato.

Uso: parametro inserito nel calcolo dell'RTS e del TRISS.

3_9 PUPILLE

Definizione: VEDI CAMPO 2_17

Formato: C

Posizione: 103

Lunghezza: 1

Codifica:

1=Entrambe fotoreagenti

2=Unilateralmente dilatata areattiva

3=Entrambe dilatate e areattive

3_10 SATURAZIONE PERIFERICA OSSIGENO

Definizione: rileva la misurazione della saturazione periferica di ossigeno in Pronto Soccorso (espresso in valore percentuale da 0 a 100).

Formato: N

Posizione: 104-106

Lunghezza: 3

Codifica: riportare il primo valore riscontrato in Pronto Soccorso

3_11 INTUBAZIONE

Definizione: indica il posizionamento di una via aerea definitiva (tubo endotracheale o cricotirotonomia). Verrà effettuato un controllo scartante e la mancanza dell'informazione blocca l'ingresso del record nel database regionale.

Formato: C

Posizione: 107

Lunghezza: 1

Codifica:

1=SI

0=NO

Codifica: indicare 1=SI se il paziente viene intubato o re-intubato (per malposizionamento, estubazione fallita, estubazione accidentale) in PS, indicare 0=NO se il paziente non viene intubato in PS o se è stato intubato in fase preospedaliera

3_12 DRENAGGIO PLEURICO

Definizione: indica il posizionamento di qualsiasi dispositivo o manovra di decompressione pleurica di pneumotorace (drenaggio pleurico, agocanula, minitoracotomia) o sostituito un drenaggio posizionato dal 118.

Formato: C

Posizione: 108

Lunghezza: 1

Codifica:

1=SI

0=NO

Codifica: indicare 1=SI sia se viene posizionato un primo drenaggio pleurico in PS o se ne viene posizionato uno aggiuntivo, indicare 0=NO se non viene posizionato alcun drenaggio pleurico e se era stato posizionato in fase preospedaliera

3_13 PaCO₂

Definizione: pressione parziale arteriosa di CO₂ (dati non T° corretti)

Formato: N

Posizione: 109-111

Lunghezza: 3

Codifica:

da 0 a 120

3_14 BE

Definizione: Base Excess (BE) misura in valore assoluto lo scostamento dall'equilibrio metabolico del paziente, Il "BE" può avere un valore positivo o negativo (definito "base deficit"). Quest'ultimo si riscontra più frequentemente nei pazienti traumatizzati con alterazione della perfusione ed è una misura dell'acidosi metabolica basata sulla quantità di basi che dovrebbero essere aggiunte per unità di volume di sangue per raggiungere un pH normale di 7.40

Formato: N

Posizione: 112-114

Lunghezza: 3

Codifica:

da -20 a +20

3_15 USO TELECONSULTO

Definizione: Indica l'uso del trasferimento di immagini per parere specialistico

Formato: C

Posizione: 115

Lunghezza: 1

Codifica:

1=SI

0=NO

3_16 ESITO DI PS

Definizione: si riferisce al destino del paziente dopo il trattamento in PS. Verrà effettuato un controllo scartante e la mancanza dell'informazione blocca l'ingresso del record nel database regionale.

Formato: C

Posizione: 116

Lunghezza: 1

Codifica:

1=DECEDUTO IN PS

2=RICOVERO

3=TRASFERITO AD ALTRO OSPEDALE

Indicare la codifica 2=RICOVERO se il paziente viene ricoverato nello stesso ospedale sede del PS al quale è giunto.

3_17 ALTA SPECIALITA'

Campo condizionale se ESITO in PS = 3

Definizione: descrive la presenza nell'ospedale di destinazione di un'alta specialità fra quelle in elenco che giustifica il trasferimento.

Formato: C

Posizione: 117

Lunghezza: 1

Codifica:

1=Neurochirurgia

2=Cardiochirurgia

3=Maxillofacciale

4=Ustioni

5=Altro

3_18 DATA di DECESSO in PS

Campo condizionale se ESITO in PS = 1. Verrà effettuato un controllo scartante e la mancanza dell'informazione blocca l'ingresso del record nel database regionale.

Formato: GMMMAAAA

Posizione: 118-125

Lunghezza: 8

3_19 ORA di DECESSO in PS

Campo condizionale se ESITO in PS = 1. Verrà effettuato un controllo scartante e la mancanza dell'informazione blocca l'ingresso del record nel database regionale.

Formato: HHMM

Posizione: 126-129

Lunghezza: 4

Sezione 4 : Diagnostica strumentale e terapia**4_1 RX torace**

Definizione: DIAGNOSTICA (eseguita entro le prime 3h dall'arrivo in PS)

Formato: C

Posizione: 130

Lunghezza: 1

Codifica:

1=SI

0=NO

Indicare 1=SI se eseguito entro le prime tre ore dall'arrivo in PS. Indicare 0=NO se eseguito dopo le tre ore o non eseguito.

4_2 RX rachide

Definizione: DIAGNOSTICA (eseguita entro le prime 3h dall'arrivo in PS)

Formato: C

Posizione: 131

Lunghezza: 1

Codifica:

1=SI

0=NO

Indicare 1=SI se eseguito entro le prime tre ore dall'arrivo in PS. Indicare 0=NO se eseguito dopo le tre ore o non eseguito.

4_3 RX bacino

Definizione: DIAGNOSTICA (eseguita entro le prime 3h dall'arrivo in PS).

Formato: C

Posizione: 132

Lunghezza: 1

Codifica:

1=SI

0=NO

Indicare 1=SI se eseguito entro le prime tre ore dall'arrivo in PS. Indicare 0=NO se eseguito dopo le tre ore o non eseguito.

4_4 Eco addome

Definizione: DIAGNOSTICA (eseguita entro le prime 3h dall'arrivo in PS)

Formato: C

Posizione: 133

Lunghezza: 1

Codifica:

1=SI

0=NO

Indicare 1=SI se eseguito entro le prime tre ore dall'arrivo in PS. Indicare 0=NO se eseguito dopo le tre ore o non eseguito. ECO ADDOME è intesa anche come ECO FAST eseguita in PS entro le prime tre ore.

4_5 TC cranio

Definizione: DIAGNOSTICA (eseguita entro le prime 3h dall'arrivo in PS)

Formato: C

Posizione: 134

Lunghezza: 1

Codifica:

1=SI

0=NO

Indicare 1=SI se eseguito entro le prime tre ore dall'arrivo in PS. Indicare 0=NO se eseguito dopo le tre ore o non eseguito.

4_6 TC torace e/o addome

Definizione: DIAGNOSTICA (eseguita entro le prime 3h dall'arrivo in PS)

Formato: C

Posizione: 135

Lunghezza: 1

Codifica:

1=SI

0=NO

Indicare 1=SI se eseguito entro le prime tre ore dall'arrivo in PS. Indicare 0=NO se eseguito dopo le tre ore o non eseguito. Se eseguito nel contesto di TAC multislice indicare NO in questo campo e SI in TAC multislice.

4_7 TC multislice

Definizione: DIAGNOSTICA (eseguita entro le prime 3h dall'arrivo in PS)

Formato: C

Posizione: 136

Lunghezza: 1

Codifica:

1=SI

0=NO

Indicare 1=SI se eseguita TAC multislice (indipendentemente dal n° di strati) che comprende torace, addome, pelvi e ricostruzioni del rachide in toto escluso il cervicale entro le prime tre ore dall'arrivo in PS. Indicare 0=NO se eseguito dopo le tre ore o non eseguito.

4_8 Marshall 1^a TAC

Definizione: INQUADRAMENTO TAC. La prima TAC eseguita dal momento del trauma. Per i centri che ricevono il paziente in seconda battuta, dopo una prima TAC eseguita in altro ospedale, la prima TAC è quella del primo ospedale, non quella dell'ospedale HUB).

Formato: C

Posizione: 137

Lunghezza: 1

Codifica:

1=Tac negative

2=Lesione diffusa tipo II

3=Swelling

4=Swelling e shift

5=Massa evacuata

6=Massa non evacuata

La scala di Marshall segue una progressione ordinale della gravità che consiste in:

grado 1: danno diffuso di tipo 1

la TAC è negativa

grado 2: danno diffuso di tipo 2

le cisterne non sono compresse, la massa non è superiore a 25 ml, lo shift non è maggiore di 5 mm.

La TAC è tuttavia positiva o per ESA traumatica (tSAH) o per petecchie o per contusioni multiple non maggiori di 25 ml e non evacuati o per ematomi sottodurali (SDH) o extradurali (EDH) non maggiori di 25 ml e non evacuati

grado 3: danno diffuso di tipo 3

le cisterne sono compresse, non esistono masse >25 ml e non esistono masse evacuate o che si intendano evacuare

grado 4: danno diffuso di tipo 4

esiste uno shift >5 mm in assenza di masse >25 ml e non esistono masse evacuate o che si intendano evacuare

grado 5: massa evacuata

qualsiasi massa evacuata o che si intende evacuare

grado 6: massa non evacuata

qualsiasi massa >25 ml che non venga evacuata

4_9 Tipo di Massa principale alla 1^a TAC

Definizione: INQUADRAMENTO TAC In presenza di lesioni multiple deve essere scelta la lesione di volume maggiore o quella che ha condizionato il quadro clinico.

Formato: C

Posizione: 138

Lunghezza: 1

Codifica:

1=EDH

2=SDH

3=Contusione

4=Ematoma intraparenchimale

5=petecchia

In presenza di lesioni multiple deve essere scelta la lesione di volume maggiore

L'ematoma intraparenchimale è un vero e proprio ematoma. Domina la quota centrale emorragica ed è di grandi dimensioni. Come la contusione è dentro il parenchima cerebrale

4_10 Marshall worst TAC

Definizione: VEDI CAMPO 4_8

Formato: C

Posizione: 139

Lunghezza: 1

Codifica:

1=Tac negative

2=Lesione diffusa tipo II

3=Swelling

4=Swelling e shift

5=Massa evacuata

6=Massa non evacuata

4_11 Tipo di Massa principale alla worst TAC

Definizione: VEDI CAMPO 4_8

Formato: C

Posizione: 140

Lunghezza: 1

Codifica:

1=EDH

2=SDH

3=Contusione

4=Ematoma intraparenchimale

5=petecchia

4_12 Angiografia (diagnostica)

Definizione: ALTRA DIAGNOSTICA (eseguita entro 24h dall'arrivo in PS)

Formato: C

Posizione: 141

Lunghezza: 1

Codifica:

1=SI

0=NO

Se l'angiografia è anche terapeutica, codificarla negli interventi chirurgici (dal CAMPO 5_27 al 5_45)

4_13 UNITA' DI SANGUE TRASFUSE NELLE PRIME 24h DALL'AMMISSIONE IN PS

Definizione: TERAPIA (eseguita entro 24h dall'arrivo in PS)

Formato: N

Posizione: 142-143

Lunghezza: 2

Codifica: VALORI INTERI (0-50)

4_14 UNITA' DI PLASMA TRASFUSE NELLE PRIME 24h DALL'AMMISSIONE IN PS

Definizione: TERAPIA (eseguita entro 24h dall'arrivo in PS)

Formato: N

Posizione: 144-145

Lunghezza: 2

Codifica: VALORI INTERI (0-30)

Sezione 5 : Ricovero**5_1 DATA DI ARRIVO IN REPARTO**

Verrà effettuato un controllo scartante e la mancanza dell'informazione blocca l'ingresso del record nel database regionale.

Formato: GGMMAAAA

Posizione:146-153

Lunghezza: 8

5_2 ORA DI ARRIVO IN REPARTO

Formato: HHMM

Posizione: 154-157

Lunghezza: 4

5_3 GLASGOW COMA SCALE OCCHI

Definizione: descrivere la prima valutazione attendibile entro le prime 48 ore; quando il paziente è giunto in reparto, i parametri emodinamici si sono stabilizzati, il paziente è stato riscaldato, l'analgesia è stata controllata, le emergenze neurochirurgiche sono state risolte è necessario eseguire una "finestra neurologica", ovvero un esame neurologico elementare diretto alla raccolta del GCS.

La valutazione deve essere condotta riducendo al minimo compatibile le interferenze farmacologiche. Questa valutazione è affidata al buon senso dell'esaminatore, essendo difficilmente predicibili le farmacocinetiche dei farmaci sedativi e analgesici in questi pazienti e la loro relativa influenza sul quadro neurologico.

Nel caso in cui non sia possibile effettuare una "finestra neurologica" descrivere lo stato neurologico rilevato del paziente.

VEDI CAMPO 2_12

Formato: N

Posizione: 158

Lunghezza: 1

Codifica: VALORI AMMISSIBILI DA 1 A 4

VEDI CAMPO 2_12

Uso: parametro inserito nel calcolo del Coma Score, dell'RTS e del TRISS.

5_4 GLASGOW COMA SCALE VERBALE

Definizione: Descrivere la prima valutazione clinica attendibile entro 48h. quando il paziente è giunto in reparto, i parametri emodinamici si sono stabilizzati, il paziente è stato riscaldato, l'analgesia è stata controllata, le emergenze neurochirurgiche sono state risolte è necessario eseguire una "finestra neurologica", ovvero un esame neurologico elementare diretto alla raccolta del GCS.

La valutazione deve essere condotta riducendo al minimo compatibile le interferenze farmacologiche. Questa valutazione è affidata al buon senso dell'esaminatore, essendo difficilmente predicibili le farmacocinetiche dei farmaci sedativi e analgesici in questi pazienti e la loro relativa influenza sul quadro neurologico.

Nel caso in cui non sia possibile effettuare una "finestra neurologica" descrivere lo stato neurologico rilevato del paziente.

VEDI CAMPO 2_12

Formato: N

Posizione: 159

Lunghezza: 1

Codifica: VALORI AMMISSIBILI DA 1 A 5

VEDI CAMPO 2_13

Uso: parametro inserito nel calcolo del Coma Score, dell'RTS e del TRISS.

5_5 GLASGOW COMA SCALE MOTORIO

Definizione: Descrivere la prima valutazione clinica attendibile entro 48h; quando il paziente è giunto in reparto, i parametri emodinamici si sono stabilizzati, il paziente è stato riscaldato, l' analgesia è stata controllata, le emergenze neurochirurgiche sono state risolte è necessario eseguire una "finestra neurologica", ovvero un esame neurologico elementare diretto alla raccolta del GCS.

La valutazione deve essere condotta riducendo al minimo compatibile le interferenze farmacologiche. Questa valutazione è affidata al buon senso dell' esaminatore, essendo difficilmente predicibili le farmacocinetiche dei farmaci sedativi e analgesici in questi pazienti e la loro relativa influenza sul quadro neurologico.

Nel caso in cui non sia possibile effettuare una "finestra neurologica" descrivere lo stato neurologico rilevato del paziente.

VEDI CAMPO 2_12

Formato: N

Posizione: 160

Lunghezza: 1

Codifica: VALORI AMMISSIBILI DA 1 A 6

VEDI CAMPO 2_14

Uso: parametro inserito nel calcolo del Coma Score,

5_6 PRESSIONE ARTERIOSA SISTOLICA in mmHg

Definizione: rileva la prima misurazione della pressione sistolica in Reparto

Formato: N

Posizione: 161-163

Lunghezza: 3

Codifica: VALORI INTERI

5_7 FREQUENZA RESPIRATORIA

Definizione: rileva la prima misurazione della frequenza respiratoria in Reparto

Formato: N

Posizione: 164-166

Lunghezza: 3

Codifica: VALORI INTERI

5_8 SATURAZIONE PERIFERICA OSSIGENO

Definizione: rileva la prima misurazione della saturazione periferica di ossigeno in Reparto (espresso in valore percentuale da 0 a 100).

Formato: N

Posizione: 167-169

Lunghezza: 3

Codifica: VALORI INTERI

5_9 INTUBAZIONE

Definizione: indica il posizionamento di una via aerea definitiva (tubo endotracheale o cricotirotomia). Verrà effettuato un controllo scartante e la mancanza dell'informazione blocca l'ingresso del record nel database regionale.

Formato: C

Posizione: 170

Lunghezza: 1

Codifica:

1=SI

0=NO

Indicare 1=SI se il paziente viene intubato o re-intubato (per malposizionamento, estubazione fallita, estubazione accidentale) in Reparto in qualsiasi momento del ricovero, indicare 0=NO se il paziente non viene intubato e se è stato incubato in fase preospedaliera o in PS.

5_10 DRENAGGIO PLEURICO

Definizione: indica il posizionamento di qualsiasi dispositivo o manovra di decompressione pleurica di pneumotorace (drenaggio pleurico, agocanula, minitoracotomia)

Formato: C

Posizione: 171

Lunghezza: 1

Codifica:

1=SI

0=NO

Indicare 1=SI se viene posizionato un nuovo drenaggio pleurico in Reparto o se ne viene posizionato uno aggiuntivo, indicare 0=NO se non viene posizionato alcun drenaggio pleurico e se era stato posizionato in fase preospedaliera o in PS

5_11 PaCO2

Definizione: pressione parziale arteriosa di CO₂ (dati non T° corretti)

Formato: N

Posizione: 172-174

Lunghezza: 3

Codifica:

da 0 A 120

5_12 BE

Definizione: *VEDI CAMPO 3_14*

Formato: N

Posizione: 175-177

Lunghezza: 3

Codifica:

da -20 a +20

5_13 PUPILLE

Definizione: *VEDI CAMPO 2_17*

Formato: C

Posizione: 103

Lunghezza: 178

Codifica:

1=Entrambe fotoreagenti

2=Unilateralmente dilatata areattiva

3=Entrambe dilatate e areattive

5_14 ISS (INJURY SEVERITY SCORE)

Definizione: ISS fornisce uno score globale di gravità da lesione anatomica.. Ad ogni lesione è assegnato un punteggio secondo la codifica AIS (come da campi successivi da 5_15 a 5_20) per ognuna delle sei regioni del corpo. Vengono pertanto presi in esame al massimo i tre distretti lesionati con punteggio più alto: La somma del quadrato di ciascun valore di AIS selezionato darà l'ISS. La compilazione del punteggio andrà eseguita dopo il completamento delle indagini clinico-diagnostiche e/o autoptiche (quando necessarie) miranti ad identificare tutte le lesioni anatomiche rilevanti (originate dal traumatismo primario) in termini di morbilità e/o mortalità. Non andranno invece prese in esame le complicanze insorte durante la degenza non connesse direttamente con il traumatismo primario (Es.:ematoma intracranico da risanguinamento postneurochirurgico con lesione più severa della primitiva).

Verrà effettuato un controllo scartante e la mancanza dell'informazione blocca l'ingresso del record nel database regionale.

Formato: N

Posizione: 179-180

Lunghezza: 2

Codifica: campo calcolato (campi dal 5_14 al 5_20)

VALORI AMMISSIBILI DA 1 A 75

Uso: parametro inserito nel calcolo del TRISS.

5_15 AIS (testa-collo)

Definizione: indicare il valore peggiore di AIS tra le lesioni selezionate del distretto. Per le lesioni funzionali che prevedano valutazione di perdita di coscienza maggiore di 24-48 h (Es.: danno assonale diffuso con quadro TC con piccole petecchie bilaterali e profonde con coma protratto) attendere per codificare almeno 48h dall'ammissione.

Formato: N

Posizione: 181

Lunghezza: 1

Codifica: VALORI AMMISSIBILI DA 1 A 6

Uso: parametro inserito nel calcolo dell'ISS.

5_16 AIS (faccia)

Definizione: indicare il valore peggiore di AIS tra le lesioni selezionate del distretto

Formato: N

Posizione: 182

Lunghezza: 1

Codifica: AMMISSIBILI DA 1 A 6

Uso: parametro inserito nel calcolo dell'ISS.

5_17 AIS (torace)

Definizione: indicare il valore peggiore di AIS tra le lesioni selezionate del distretto

Formato: N

Posizione: 183

Lunghezza: 1

Codifica: AMMISSIBILI DA 1 A 6

Uso: parametro inserito nel calcolo dell'ISS.

5_18 AIS (addome)

Definizione: indicare il valore peggiore di AIS tra le lesioni selezionate del distretto

Formato: N

Posizione: 184

Lunghezza: 1

Codifica: VALORI AMMISSIBILI DA 1 A 6

Uso: parametro inserito nel calcolo dell'ISS.

5_19 AIS (arti)

Definizione: indicare il valore peggiore di AIS tra le lesioni selezionate del distretto

Formato: N

Posizione: 185

Lunghezza: 1

Codifica: VALORI AMMISSIBILI DA 1 A 6

Uso: parametro inserito nel calcolo dell'ISS.

5_20 AIS (superficie esterna)

Definizione: indicare il valore peggiore di AIS tra le lesioni selezionate del distretto

Formato: N

Posizione: 186

Lunghezza: 1

Codifica: VALORI AMMISSIBILI DA 1 A 6

Uso: parametro inserito nel calcolo dell'ISS.

5_21 COMORBIDITY (APACHE -Acute Physiology And Chronic Health Enquiry- CRONICO)

Definizione: indice di comorbidità

Formato: C

Posizione: 187

Lunghezza: 1

Codifica:

1=SANO

2=PAATOLOGIA MINORE

3=PAATOLOGIA SERIA

4=PAATOLOGIA INVALIDANTE

Definire 1. SANO il paziente senza comorbidità associate, 2. PAATOLOGIA MINORE il paziente che presenta una malattia sistemica lieve, 3. PAATOLOGIA SERIA il paziente con una malattia sistemica severa che limita l'attività ma non invalidante, 4. PAATOLOGIA INVALIDANTE il paziente con una malattia sistemica che lo pone in costante rischio di vita.

5_22 PRESSIONE INTRA CRANICA (ICP)

Definizione: identifica il posizionamento di trasduttore per la misurazione della pressione intracranica (indipendentemente dal tipo di trasduttore e dalla sede di posizionamento).

Formato: C

Posizione: 188

Lunghezza: 1

Codifica:

1=SI

0=NO

5_23 data ICP

Definizione: data di rilevazione della ICP

Formato: GGMMAAAA

Posizione: 189-196

Lunghezza: 8

5_24 ora ICP

Definizione: ora di rilevazione della ICP

Formato: HHMM

Posizione: 197-200

Lunghezza: 4

5_25 TRACHEOSTOMIA

Definizione: identifica l'esecuzione di tracheostomia temporanea (con qualsiasi tecnica). Verrà effettuato un controllo scartante e la mancanza dell'informazione blocca l'ingresso del record nel database regionale.

Formato: C

Posizione: 201

Lunghezza: 1

Codifica:

1=SI

0=NO

5_26 data tracheostomia

Definizione: data tracheostomia

Formato: GGMMAAAA

Posizione: 202-209

Lunghezza: 8

5_27 INTERVENTI CHIRURGICI entro 7gg dal trauma

Definizione: interventi chirurgici entro 7 gg dal trauma. Verrà effettuato un controllo scartante e la mancanza dell'informazione blocca l'ingresso del record nel database regionale.

Formato: C

Posizione: 210

Lunghezza: 1

Codifica: Indicare 1=SI se sono stati effettuati interventi chirurgici, comprese le angiografie terapeutiche ed escluse la tracheotomia e la misurazione della ICP, entro 7 gg dal trauma; 0=NO se non sono stati effettuati interventi chirurgici o se effettuati dopo 7 gg dal trauma.

5_28 1° INTERVENTO

Definizione: campo condizionale se 5_27 INTERVENTI CHIRURGICI entro 7gg dal trauma =1

Formato: C

Posizione: 211-215

Lunghezza: 5

Codifica: inserire il 1° intervento chirurgico effettuato in ordine temporale utilizzando la codifica ICD9CM, comprese le angiografie terapeutiche (embolizzazioni) ed escluse la tracheotomia e la misurazione della ICP *VEDI ALLEGATO PER LA CODIFICA. (Tab.3).*

5_29 Data

Definizione: data del primo intervento chirurgico

Formato: GGMMAAAA

Posizione: 216-223

Lunghezza: 8

5_30 Ora

Definizione: ora del primo intervento chirurgico

Formato: HHMM

Posizione: 224-227

Lunghezza: 4

5_31 2° INTERVENTO

Definizione: campo condizionale se 5_27 INTERVENTI CHIRURGICI entro 7gg dal trauma =1

Formato: C

Posizione: 228-232

Lunghezza: 5

Codifica: inserire il 2° intervento chirurgico effettuato in ordine temporale utilizzando la codifica ICD9CM, comprese le angiografie terapeutiche (embolizzazioni) ed escluse la tracheotomia e la misurazione della ICP *VEDI ALLEGATO PER LA CODIFICA. (Tab.3).*

5_32 Data

Definizione: data del secondo intervento chirurgico

Formato: GGMMAAAA

Posizione: 233-240

Lunghezza: 8

5_33 3° INTERVENTO

Definizione: campo condizionale se 5_27 INTERVENTI CHIRURGICI entro 7gg dal trauma =1

Formato: C

Posizione: 241-245

Lunghezza: 5

Codifica: inserire il 3° intervento chirurgico effettuato in ordine temporale utilizzando la codifica ICD9CM, comprese le angiografie terapeutiche (embolizzazioni) ed escluse la tracheotomia e la misurazione della ICP. *VEDI ALLEGATO PER LA CODIFICA. (Tab.3).*

5_34 Data

Definizione: data del terzo intervento chirurgico
Formato: GGMMAAAA
Posizione: 246-253
Lunghezza: 8

5_35 4° INTERVENTO

Definizione: campo condizionale se 5_27 INTERVENTI CHIRURGICI entro 7gg dal trauma =1
Formato: C
Posizione: 254-258
Lunghezza: 5
Codifica: inserire il 4° intervento chirurgico effettuato in ordine temporale utilizzando la codifica ICD9CM, comprese le angiografie terapeutiche (embolizzazioni) ed esculse la tracheotomia e la misurazione della ICP.
VEDI ALLEGATO PER LA CODIFICA. (Tab.3).

5_36 Data

Definizione: data del quarto intervento chirurgico
Formato: GGMMAAAA
Posizione: 259-266
Lunghezza: 8

5_37 5° INTERVENTO

Definizione: campo condizionale se 5_27 INTERVENTI CHIRURGICI entro 7gg dal trauma =1
Formato: C
Posizione: 267-271
Lunghezza: 5
Codifica: inserire il 5° intervento chirurgico effettuato in ordine temporale utilizzando la codifica ICD9CM, comprese le angiografie terapeutiche (embolizzazioni) ed esculse la tracheotomia e la misurazione della ICP.
VEDI ALLEGATO PER LA CODIFICA. (Tab.3).

5_38 Data

Definizione: data del quinto intervento chirurgico
Formato: GGMMAAAA
Posizione: 272-279
Lunghezza: 8

5_39 6° INTERVENTO

Definizione: campo condizionale se 5_27 INTERVENTI CHIRURGICI entro 7gg dal trauma =1
Formato: C
Posizione: 280-284
Lunghezza: 5
Codifica: inserire il 6° intervento chirurgico effettuato in ordine temporale utilizzando la codifica ICD9CM, comprese le angiografie terapeutiche (embolizzazioni) ed esculse la tracheotomia e la misurazione della ICP.
VEDI ALLEGATO PER LA CODIFICA. (Tab.3).

5_40 Data

Definizione: data del sesto intervento chirurgico
Formato: GGMMAAAA
Posizione: 285-292
Lunghezza: 8

5_41 7° INTERVENTO

Definizione: campo condizionale se 5_27 INTERVENTI CHIRURGICI entro 7gg dal trauma =1

Formato: C

Posizione: 293-297

Lunghezza: 5

Codifica: inserire il 7° intervento chirurgico effettuato in ordine temporale utilizzando la codifica ICD9CM, comprese le angiografie terapeutiche (embolizzazioni) ed escluse la tracheotomia e la misurazione della ICP.
VEDI ALLEGATO PER LA CODIFICA. (Tab.3).

5_42 Data

Definizione: data del settimo intervento chirurgico

Formato: GGMMAAAA

Posizione: 298-305

Lunghezza: 8

5_43 8° INTERVENTO

Definizione: campo condizionale se 5_27 INTERVENTI CHIRURGICI entro 7gg dal trauma =1

Formato: C

Posizione: 306-310

Lunghezza: 5

Codifica: inserire il 8° intervento chirurgico effettuato in ordine temporale utilizzando la codifica ICD9CM, comprese le angiografie terapeutiche (embolizzazioni) ed escluse la tracheotomia e la misurazione della ICP.

VEDI ALLEGATO PER LA CODIFICA. (Tab.3).

5_44 Data

Definizione: data del ottavo intervento chirurgico

Formato: GGMMAAAA

Posizione: 311-318

Lunghezza: 8

5_45 ALTRI INTERVENTI

Definizione: Campo condizionale se 5_27 INTERVENTI CHIRURGICI entro 7gg dal trauma =1

Formato: C

Posizione: 319-323

Lunghezza: 5

Codifica: *VEDI ALLEGATO PER LA CODIFICA. (Tab.3).*

Sezione 6 : Esiti**6_1 MODALITA' DIMISSIONE/ESITO**

Definizione: identifica la modalità di dimissione del paziente dal reparto. Verrà effettuato un controllo scartante e la mancanza dell'informazione blocca l'ingresso del record nel database regionale.

Formato: C

Posizione: 324

Lunghezza: 1

Codifica:

1=DECEDUTO

2=ORDINARIA A DOMICILIO

3=PROTETTA C/O STRUTTURE EXTRAOSPED.

4=PROTETTA A DOMICILIO

5=VOLONTARIA

6=TRASF. AD ISTITUTO PER ACUTI

7=TRASF. ALTRO REGIME DI RICOVERO

8=TRASF. AD ISTITUTO RIABILITAZ.

9=PROTETTA CON ATTIVAZIONE A.D.I.

T= TRASFERITO AD ALTRO REPARTO (STESSO OSPEDALE)

6_2 DATA del DECESSO

Campo condizionale se 6_1 ESITO = 1. Verrà effettuato un controllo scartante e la mancanza dell'informazione blocca l'ingresso del record nel database regionale.

Definizione: data del decesso

Formato: GGMMAAAA

Posizione: 325-332

Lunghezza: 8

6_3 ORA di DECESSO

Campo condizionale se 6_1 ESITO = 1.

Verrà effettuato un controllo scartante e la mancanza dell'informazione blocca l'ingresso del record nel database regionale.

Formato: HHMM

Posizione: 333-336

Lunghezza: 4

6_4 CAUSA DI MORTE

Formato: C

Posizione: 337

Lunghezza: 1

Codifica:

1=EMORRAGICA

2=CEREBRALE

3=IPOSSICA

4=MOF POST SEPSI

5=NON DETERMINATA

Emorragica fa riferimento ad uno shock emorragico causa della morte, Cerebrale fa riferimento ad una morte per ipertensione endocranica misurata o sospettata, ipossica fa riferimento ad una ipossia grave tale da essere la causa diretta e unica di morte, Mof post sepsi la causa multifattoriale di morte del quale il motore iniziale è una sepsi.

6_5 Data di dimissione

Definizione: data di dimissione dal reparto. Verrà effettuato un controllo scartante e la mancanza dell'informazione blocca l'ingresso del record nel database regionale.

Formato: GGMMAAAA

Posizione: 338-345

Lunghezza: 8

*Allegati***Tabella 1
CODICI STABILIMENTO**

CODICE STABILIMENTO	Denominazione stabilimento	CODICE STABILIMENTO	Denominazione stabilimento
08000201	CASTEL S. GIOVANNI	08005309	S. GIOVANNI IN PERSICETO
08000202	BORGONOVO VAL TIDONE	08004401	IMOLA
080003	BOBBIO	08004402	CASTEL S. PIETRO TERME
080004	PIACENZA	080045	MONTECATONE
08000601	FIORENZUOLA D'ARDA	08006801	COMACCHIO
08000602	CORTEMAGGIORE	08006803	OSPEDALE DEL DELTA
08000603	VILLANOVA SULL'ARDA	08006804	ARGENTA
08001301	FIDENZA	08006805	PORTOMAGGIORE
08001302	S.SECONDO PARMENSE	08006806	CENTO
080015	BORGO VAL DI TARO	08006807	BONDENO
08002101	GUASTALLA	08006808	COPPARO
08002102	CORREGGIO	08006809	TRESIGALLO
08002103	MONTECCHIO EMILIA	080072	RAVENNA
08002104	SCANDIANO	080079	LUGO
08002105	CASTELNOVO NE' MONTI	080082	FAENZA
08003103	CASTELFRANCO EMILIA	08008501	FORLI'
08003104	CARPI	08008502	FORLIMPOPOLI
08003105	MIRANDOLA	08008503	S.SOFIA
08003106	FINALE EMILIA	08009101	CESENA
08003108	VIGNOLA	08009102	CESENATICO
08003109	PAVULLO NEL FRIGNANO	08009103	BAGNO DI ROMAGNA
08003110	BAGGIOVARA	08009501	RIMINI
080096	NUOVO OSP. SASSUOLO	08009502	SANTARCANGELO DI ROMAGNA
08005301	MAGGIORE - BO	08010001	RICCIONE
08005302	BELLARIA - BO	08010002	CATTOLICA
08005303	BAZZANO	080902	OSPEDALI RIUNITI-PR
08005304	PORRETTA TERME	080903	S.MARIA NUOVA-RE
08005305	VERGATO	080904	POLICLINICO-MO
08005306	LOIANO	080908	S.ORSOLA-MALPIGHI-BO
08005307	BENTIVOGLIO	080909	ARCISPEDALE S.ANNA-FE
08005308	BUDRIO	080960	II.OO. RIZZOLI - BO

Tabella 2
Codici reparto

Denominazione reparto	Codice reparto	Denominazione reparto	Codice reparto
DAY HOSPITAL	002	OTORINOLARINGOIATRIA	038
ANGIOLOGIA	005	PEDIATRIA	039
CARDIOCHIRURGIA PEDIATR.	006	PSICHIATRIA	040
CARDIOCHIRURGIA	007	UROLOGIA	043
CARDIOLOGIA	008	GRANDI USTIONATI	047
CHIRURGIA GENERALE	009	NEFROLOGIA TRAPIANTI	048
CHIRURGIA MAXILLO FACCIA.	010	TERAPIA INTENSIVA	049
CHIRURGIA PEDIATRICA	011	UNITA' CORONARICA	050
CHIRURGIA PLASTICA	012	ASTANTERIA	051
CHIRURGIA TORACICA	013	DERMATOLOGIA	052
CHIRURGIA VASCOLARE	014	FARMACOLOGIA CLINICA	055
EMATOLOGIA	018	RECUPERO E RIABILITAZIONE	056
MAL. ENDOCRINE	019	FISIOPATOL. RIPROD. UMANA	057
IMMUNOLOGIA	020	GASTROENTEROLOGIA	058
GERIATRIA	021	LUNGODEGENTI	060
MAL. INFETTIVE E TROPIC.	024	MEDICINA NUCLEARE	061
MEDICINA GENERALE	026	NEONATOLOGIA	062
UNITA' SPINALE	028	ONCOLOGIA	064
NEFROLOGIA	029	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	065
NEUROCHIRURGIA	030	PENSIONANTI	067
NIDO	031	PNEUMOLOGIA	068
NEUROLOGIA	032	RADIOLOGIA	069
NEUROPSICHIATRIA INFANT.	033	RADIOTERAPIA	070
OCULISTICA	034	REUMATOLOGIA	071
ODONTOIATRIA E STOMATOL.	035	TERAPIA INTENSIVA NEONAT.	073
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	036	RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	074
OSTETRICA E GINECOLOGIA	037	NEURO-RIABILITAZIONE	075
		DETENUTI	097

Tabella 3

CODICI INTERVENTI CHIRURGICI**Cranio**

01241	craniotomia:svuotamento massa
01242	craniotomia:svuotamento massa + decompressione cranica
01243	craniotomia:decompressione cranica per elevata ICP
0153	Lobectomia cerebrale
0202	trattamento frattura affondata
0212	Chiusura fistola liquorale

Vertebre

0294	Applicazione dispositivo di Halo
0309	esplorazione e decompressione del canale vertebrale (Laminectomia)
0353	Riparazione di fratture vertebrali e stabilizzazione/Rimozione frammenti ossei

Faccia

7679	Riduzione aperta di fratture del massiccio facciale
3882	Embolizzazione-chiusura vasi capo/collo non intracranici
1689	Riparazione bulbo oculare
2100	Tamponamento

Vie aeree e Torace

3161	Sutura di lacerazione del laringe/trachea
3402	Toracotomia esplorativa
3343	Toracotomia e sutura di lacerazione del polmone
324	Lobectomia del polmone
325	Pneumonectomia totale
3342	Chiusura di fistola bronchiale

Cuore

3522	sostituzione di valvola aortica
3524	sostituzione di valvola mitrale
3531	riparazione di papillare
3711	sutura di lacerazioni del cuore (Cardiotomia)

Vasi

3842	Resezione vasi capo e collo con sostituzione (a. carotide int ed est, v giugulare int ed est)
3843	Resezione vasi arto sup con sostituzione (ascellare, brachiale, radiale, ulnare)
3845	Resezione vasi toracici con sostituzione (aorta, anonima, a. e v. polmonare, succlavi, v. cava sup)
3848	Resezione aa arto inf con sostituzione (femorale, poplitea, tibiale)
3883	Embolizzazione vasi arto superiore
3885	Embolizzazione vasi toracici
3887	Embolizzazione vasi addominali
3888	Embolizzazione vasi arto inferiore
387	emostasi e sutura della vena cava
3882	emostasi e sutura chirurgica della carotide (o dei suoi rami)
3882	emostasi e sutura chirurgica della giugulare (o dei suoi rami)

3885	emostasi e sutura chirurgica della succlavia
3950	Angioplastica - stent di vaso non coronarico (basilare, carotide, vertebrale, arti superiori e inferiori, mesenterica, renale)
3954	intervento per dissezione dell'aorta
3990	Inserzione di stent su arteria non coronarica (endoprotesi)

Digerente e addome

5497	Packing
9356	Packing retroperitoneale/pelvico
5421	Laparoscopia
5411	Laparotomia esplorativa
5900	Laparotomia con esplorazione del retroperitoneo
5412	Riapertura di laparotomia recente (controllo emorragia-decompressione)
5475	Riparazione di lesioni del mesentere
4282	Sutura di lacerazione dell'esofago
4461	Sutura di lacerazione dello stomaco
3482	Sutura di lacerazione del diaframma
4561	Resezione segmentaria dell'intestino
4611	Colostomia temporanea
4621	Ileostomia temporanea
4671	Sutura di lacerazione intestinale
415	Splenectomia totale
38861	Embolizzazione splenica
5022	Epatectomia parziale
5061	Sutura di lacerazione del fegato
38862	Embolizzazione epatica
5069	Packing
554	Nefrectomia parziale (senza ureterectomia)
5552	Nefrectomia totale
5581	Sutura di lacerazione renale
5841	Sutura di lacerazione uretrale
5781	Sutura di lacerazione vescicale
6941	Sutura di lacerazione dell'utero
7171	Sutura di lacerazione della vulva o del perineo

Bacino

78191	Applicazione di fissatori esterni alle ossa del bacino
78192	Contenimento
78193	Pinzone pelvico
78194	Packing
3887	Embolizzazione
7859	Fissazione interna (osteosintesi)

Arti

9344	Trazione transcheletrica
7812	Applicazione di fissatore esterno dell'omero
7813	Applicazione di fissatore esterno di radio e ulna
7814	Applicazione di fissatore esterno di carpo e metacarpo

7931	Riduzione cruenta di frattura dell'omero con fissazione interna
7932	Riduzione cruenta di frattura del radio e dell'ulna, con fissazione interna
7933	Riduzione cruenta di frattura del carpo e metacarpo con fissazione interna
7815	Applicazione di fissatore esterno del femore
7816	Applicazione di fissatore esterno della rotula
7817	Applicazione di fissatore esterno di tibia e fibula
7818	Applicazione di fissatore esterno di tarso e metatarso
7935	Riduzione cruenta di frattura del femore, con fissazione interna
7936	Riduzione cruenta di frattura di tibia e fibula, con fissazione interna
7937	Riduzione cruenta di frattura di tarso e metatarso, con fissazione interna
7981	Riduzione cruenta di lussazione della spalla
7982	Riduzione cruenta di lussazione del gomito
7983	Riduzione cruenta di lussazione del polso
7985	Riduzione cruenta di lussazione dell'anca
7986	Riduzione cruenta di lussazione del ginocchio
7987	Riduzione cruenta di lussazione della caviglia
7988	Riduzione cruenta lussazione del piede
8403	Amputazione a livello della mano
8405	Amputazione a livello dell'avambraccio
8407	Amputazione a livello dell'omero
8412	Amputazione a livello del piede
8414	Amputazione della caviglia a livello dei malleoli della tibia e fibula
8415	Amputazione della gamba al di sotto del ginocchio
8417	Amputazione della gamba al di sopra del ginocchio
8418	Disarticolazione dell'anca
7960	Sbrigliamento in sede di frattura esposta
8314	Fasciotomia/decompressione
864	Asportazione (debridment) di lesioni cutanee (ustioni)