



XII congresso nazionale

simeu

RICCIONE 13-15 MAGGIO 2022

15 Maggio, Domenica - SALA VIOLANTE/GINEVRA

8h30 - 12h30

COMUNICAZIONE E RELAZIONE

Moderatori: Antonio Giovanni Versace, Agnese Testoni

8h30 Medicina d'Urgenza 'patient oriented'

Mario Guarino

8h50 Discussione

9h00 La comunicazione in emergenza

Nicola Donti

9h20 Discussione

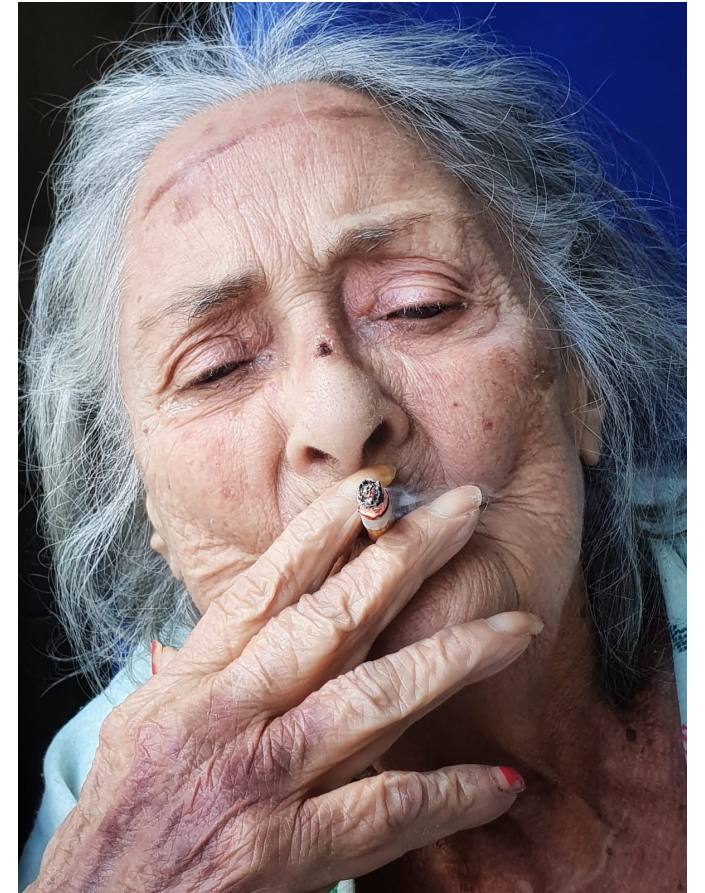
9h30 La comunicazione tra operatori

Claudia Cicchini

9h50 Discussione

What else !

poco tempo fa, Luciana...





Centro Traumatologico Zonale - Pronto Soccorso - C.T.O.
Responsabile Dr.: MARIO NA24161 GUARINO

Verbale di accettazione e delle Prestazioni Sanitarie

Servizio di Pronto Soccorso Ingresso N° 20220010003

Cognome e Nome LUCIANA Sesso F età 80 anni
Data e luogo di Residenza NA I nicolardi 21
Telefono Codice Fiscale GLSLCN41T61F205Q

Problema principale: Dispnea

Modalità Accesso: Autonomo (arrivato con mezzi propri)

Causa dichiarata all'accettazione: Paziente dispnoica riferisce cefalea, spossatezza e sonnolenza. Rilevata SpO2 al 92%
Si esegue EGA arterioso al triage
Accesso diretto in shock room

Inviato da: Decisione propria (di un genitore se minorenne)

Data Triage Data Visita Data Uscita
25/03/2022 14:07 25/03/2022 14:31 25/03/2022 23:01

Urgenza triage: ROSSO

Urgenza dimissione: ROSSO

Anamnesi:

Dott.: VENAFRO MARIO pratica EGA: acidosi respiratoria cronica -> inizia niv in modalità A/pov (paziente sedata con ketamina) peep 5 mmHg ps 20 fr 16 atti/min I:E 1/2 rampa 2

Dott.: CANDIDO RICCARDO Paziente giunge per dispnea con riscontro di valori di SpO2 al triage inferiori al 70%.
25/03/2022 15:09 In anamnesi: insufficienza respiratoria cronica secondaria a BPCO, tabagismo (> 2 pacchetti al giorno), ipertensione arteriosa, miocardiosclerosi.
Terapia domiciliare: ossigenoterapia a 1.5 l/min per 18 ore al giorno, Elebrato, Esteclin bustine, Eutrox, Omeoprazen, zestoretic, Cardiaspirina, congescor, sivistin, deursil
Nega farmacodipendenza

Esame Obiettivo:

Dott.: CANDIDO RICCARDO Paziente vigile e collaborante.
25/03/2022 15:09 EGA -> ph 7.47 pCO2 52 pO2: 40 Na 136 K 4.4 Lac 0.8 Hb 12.8 Sao2: 68.7 HCO3 37.8 p/f 190
PA: 143/86 mmHg; FC: 76 bpm
EOT: MV diffusamente ridotto, abolito alle basi bilateralmente, con ronchi, sibili e gemiti espiratori diffusi.
EOC: attività cardiaca regolare, toni nascosti da attività respiratoria
EOA: addome trattabile, non dolente né dolorabile alla palpazione superficiale e profonda. Peristalsi valida
ESCOSCOPIA: sliding presente su tutti i campi polmonari, linea pleurica diffusamente frastagliata con linee B su tutti i campi. Piccolo addensamento subpleurico in campo apicale sinistro. Versamento pleurico basale bilaterale.
Ventricolo sinistro sinistro ipertrofico con conservata funzione sistolica globale (EF: 55%). Pattern diastolico da alterato rilasciamento. Stenosi aortica

ATTENZIONE

Si invita l'utenza a prendere visione attentamente dei dati e delle dichiarazioni riportate nella scheda di dimissione P.S. che non potranno essere successivamente modificati. In caso di RICOVERO tale documento sarà parte integrante della Cartella Clinica. L'orario di alcune prestazioni, per motivi di urgenza, può non coincidere con quello reale in cui tali prestazioni sono state

Presto consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del ex D.L. vo 196/03 "Codice Privacy".

NAPOLI, 25-03-2022

Il paziente
(del genitore se minorenne)

Il medico
VENAFRO MARIO

Direzione Sanitaria Viale Colli Aminei NAPOLI

Centro Traumatologico Zonale - Pronto Soccorso

Centro Traumatologico Zonale - Pronto Soccorso - C.T.O.
Responsabile Dr.: MARIO NA24161 GUARINO

Verbale di accettazione e delle Prestazioni Sanitarie

Pronto Soccorso Ingresso N° 20220010003

Cognome e Nome LUCIANA Sesso F età 80 anni
Data e luogo di Residenza NA I nicolardi 21
Telefono Codice Fiscale GLSLCN41T61F205Q

Obiettivo:

CANDIDO RICCARDO di grado lieve. Sezione destra lievemente dilatata. Incremento della PAPs stimata (45 mmHg). Vena cava di dimensioni normali.
25/03/2022 15:09 Si somministra:
- Pantorac 40 mg;
- urbason 40 mg;
- MgSO4 - 1 FL in 100 cc
- Lasix 20 mg - 1 fl

Dott.: CANDIDO RICCARDO CUS negativa bilateralmente condotta a livello femoropopliteo
25/03/2022 15:10

Esami:

VISITA DI PRONTO SOCCORSO 25/03/2022 14:31

Accertamenti:	2-Saturazione (O2/FIO2)	4-Freq. Cardiaca (bpm)	5-Pressione arteriosa	7-Temperatura (°C)
25/03/2022 14:07	52 / 21	78	66 / 143	36

Diario clinico:

Dott.: CANDIDO RICCARDO EGA -> ph
25/03/2022 15:10
Dott.: CANDIDO RICCARDO Inizia O2 terapia con Maschera con reservoir (FIO2: 75%)
25/03/2022 15:11
Dott.: CANDIDO RICCARDO Si richiede RX TORACE
25/03/2022 15:12
Dott.: CANDIDO RICCARDO ega -> ph 7.41 po2 176 pco2 59 Sao: 99% LATTATI 0.6 P/F 235
25/03/2022 15:12

ATTENZIONE

Si invita l'utenza a prendere visione attentamente dei dati e delle dichiarazioni riportate nella scheda di dimissione P.S. che non potranno essere successivamente modificati. In caso di RICOVERO tale documento sarà parte integrante della Cartella Clinica. L'orario di alcune prestazioni, per motivi di urgenza, può non coincidere con quello reale in cui tali prestazioni sono state

Presto consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del ex D.L. vo 196/03 "Codice Privacy".

NAPOLI, 25-03-2022

Il paziente
(del genitore se minorenne)

Il medico
VENAFRO MARIO

ne ripareremo tra poco...

Disease centred medicine

Effettuare diagnosi
di malattia

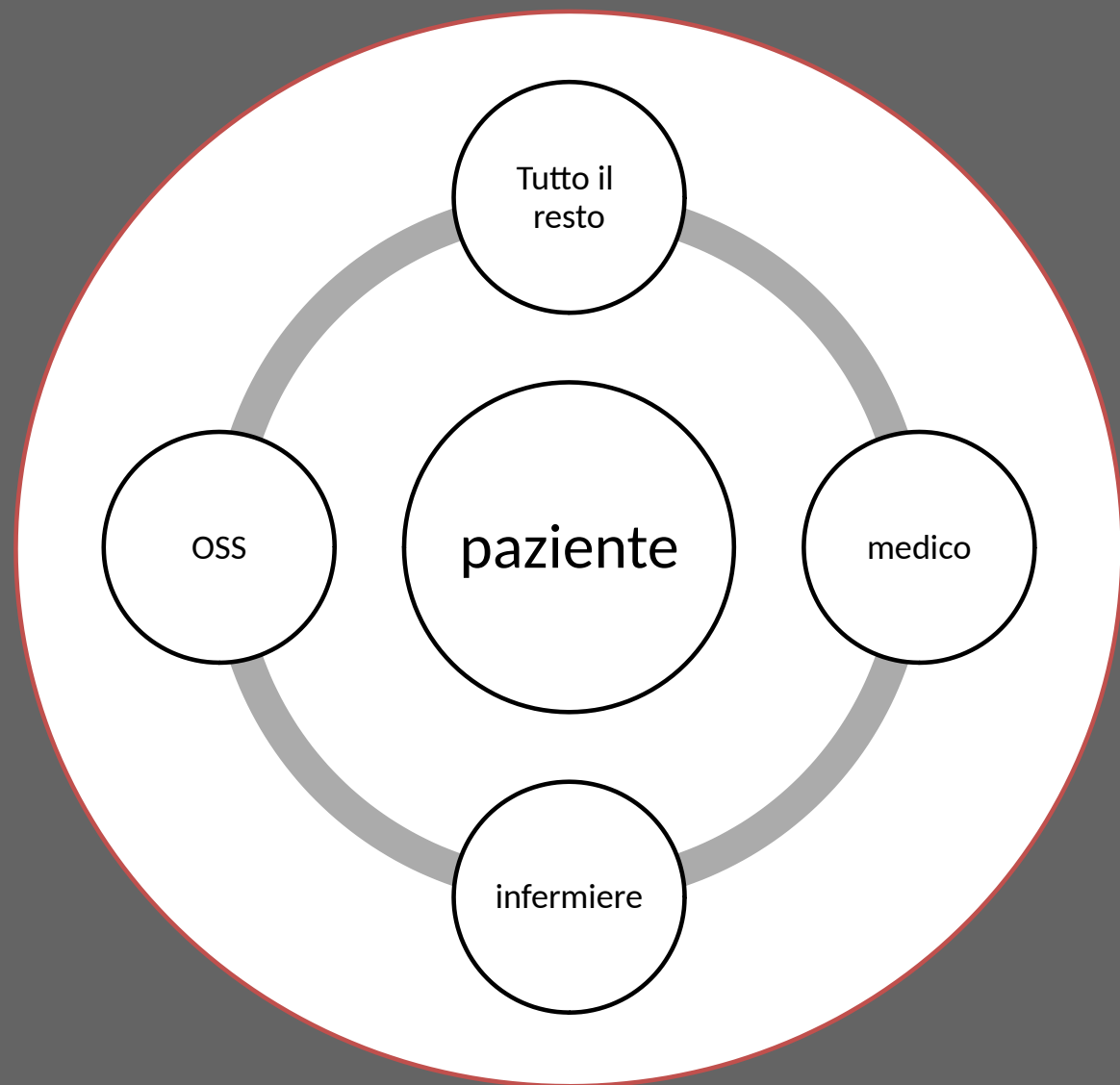
Impostare un trattamento
terapeutico

Patient centred medicine

Effettuare diagnosi
di malattia

Confrontarsi con il vissuto
di malattia del paziente

Impostare un trattamento
terapeutico



GLI ADELPHI

Leonardo Sciascia

Il contesto





- relazioni interpersonali complesse
- interruzioni
- rumori di fondo, sovraffollamento
- tempo/fretta
- aspettative

nei pochi minuti che dedichiamo ad un paziente ci giochiamo l'intera relazione persona vs persona da cui dipende la compliance futura, la nostra credibilità, la qualità della visita...in quei pochi minuti ci facciamo un'idea del paziente (non solo clinica)...ed i pazienti (ed i loro familiari) si fanno un'idea di noi

contesto





Cosa manca?

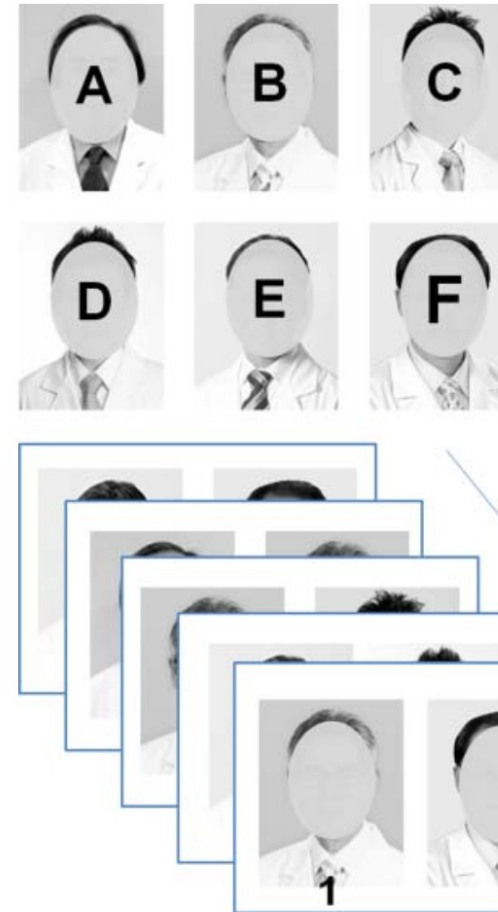


Do not judge according to appearance: patients' preference of a doctor's face does not influence their assessment of the patient–doctor relationship

Soon-Ho Lee,¹ Dong-Seon Chang,¹ O-Seok Kang,¹ Hwa-Hyun Kim,¹ Hackjin Kim,²
Hyejung Lee,¹ Hi-Joon Park,¹ Younbyoung Chae^{1,2}

Il giudizio dei pazienti formulato solo guardando la faccia del medico può essere cambiato dal grado di empatia del medico...

Nella formulazione di un giudizio ci sono una percentuale di fattori non modificabili (o difficilmente modificabili), spesso indipendenti dall'individuo sotto esame: l'ambiente intorno (quanto è luminoso il nostro ambulatorio), il rumore di fondo (il pianto di un bimbo nell'ambulatorio adiacente), la presenza di cattivo odore etc. Poi ci sono elementi modificabili (sui quali possiamo lavorare e migliorarci ogni giorno), il nostro stile relazionale, la nostra capacità empatia, la nostra comunicazione non verbale...



A vs F
B vs F
C vs F
D vs F
E vs F
.
.
.
F vs A
F vs B
F vs C
F vs D
F vs E

$$\text{Preference for Doctor F} = \frac{\text{choice Doctor F}}{20 \text{ trials}} \times 100 (\%)$$



Twenty Years of Patient Satisfaction Research Applied to the Emergency Department: A Qualitative Review

American Journal of Medical Quality
25(1) 64-72
© 2010 by the American College of
Medical Quality
Reprints and permission: <http://www.sagepub.com/journalsPermissions.nav>
DOI: 10.1177/1062860609352536
<http://ajmq.sagepub.com>
SAGE

Shari Jule Welch, MD¹

1. Empatia
2. Attesa percepita
3. Skilness e attrezzature
4. Gestione del dolore
5. Comunicazione

The Big 5 Correlates With Satisfaction

A growing body of research has demonstrated themes associated with high ED patient satisfaction including empathy/attitude (bedside manner), acceptable wait times (specifically perceived times vs actual wait times), technical competence (both technical skills and available technology), pain management, and information dispensation.²⁶⁻³⁰

Quando non comunichiamo i pazienti ed i familiari ritengono che non stiamo curando



28. ABORRIRE, ODIARE. — L'*odiare* quando ha per oggetto la persona è male, e disgraziatamente più queste che non le cose d'ordinario riflette. Si deve odiare la bugia, non il bugiardo. *Aborrire* è sentimento di naturale ripugnanza per tutto ciò che è male, sia persona o cosa. L'uomo probò aborrisce da tutto ciò che può recar danno ad altrui.



dignità = *lat.* DIGNITATEM astratto di DIGNUS *meritevole* (v. *Degno*).

Astratto di degno e in modo concreto Qualità, Condizione, Grado di persona meritevole di rispetto nell'opinione comune; ed eziandio Aspetto maestoso, non che Portamento leggiadro, pieno di grazia, che è quanto si addice a persona o cosa degna. — Vale anche Principio, Assioma (su di che v. *Degnità*).

Deriv. *Dignitàrio*.





l'infermiere
non
serve!!!



Clinical Practice Guideline for Emergency Department Procedural Sedation With Propofol: 2018 Update

Kelsey A. Miller, MD¹; Gary Andelfatto, MD; James R. Milner, MD; John H. Burton, MD; Baruch S. Krauss, MD, EdM

¹Corresponding Author. E-mail: kelsey.miller@childrens.harvard.edu.

We update an evidence-based clinical practice guideline for the administration of propofol for emergency department procedural sedation. Both the unique considerations of using this drug in the pediatric population and the substantial new research warrant revision of the 2007 advisory. We discuss the indications, contraindications, personnel requirements, monitoring, dosing, coadministered medications, and adverse events for propofol sedation. (*J Am Emerg Med.* 2018;■:1-11.)

0196-0644/\$-see front matter.
Copyright © 2018 by the American College of Emergency Physicians.
<https://doi.org/10.1096/j.annemergmed.2018.12.012>

noità



Contraindications and high-risk patients

- The only true contraindication is a propofol allergy. Propofol is safe for use in patients with soy or egg allergies.
- Elderly patients, infants <6 mo, patients with American Society of Anesthesiologists status III or greater, and patients with depleted intravascular volume are at higher risk for complications: close monitoring, careful dose titration, and consideration of alternative regimens are recommended.

Fasting state

- The literature does not support a significant association between fasting length and incidence of adverse events in adult or pediatric patients. The urgency of the procedure dictates the necessity of providing sedation without delay, regardless of fasting status.

Personnel

- Sedation providers must be qualified to administer deep sedation and to rescue patients who experience complications.
- An ED sedation team is ideally composed of 2 individuals: one provider dedicated to interactive patient monitoring and another performing the procedure; a single provider performing both the sedation and procedure must be prepared to interrupt the procedure to perform resuscitation.

Bolus dosing

- Adults: Initial bolus dosing of 0.5–1.0 mg/kg (start 0.5 mg/kg or less in the elderly), with additional boluses of 0.25–0.5 mg/kg every 1–3 minutes as needed

- Pediatrics: Initial bolus dosing of 2 mg/kg in patients ≤3 y and 1.5 mg/kg in older children and teenagers, with additional boluses of 0.5–1 mg/kg every 1–3 minutes as needed

Continuous infusions

- Adults: 100–150 µg/kg per minute (6–9 mg/kg per hour)
- Pediatrics: 100–250 µg/kg per minute (6–15 mg/kg per hour)

Coadministration of analgesia

- Fixed-dose ketamine: ketamine at 0.1–0.5 mg/kg (dose of 0.5 mg/kg required for infants and young children), followed by titrated propofol
- Single-syringe ketofol: premade mixture of ketamine and propofol within same syringe (most common is 1:1 mixture, which is dosed with the same milliliter/kilogram dosing as single-agent propofol)
- Opioid coadministration: most commonly fentanyl or morphine titrated to effect

Monitoring

- Continuous cardiac monitoring, capnography, and pulse oximetry required for deep sedation, with respiratory rate and blood pressure recorded at least every 5 min
- Supplemental oxygen recommended for both adult and pediatric patients undergoing propofol sedation

Adverse events

- Sedation-related adverse events with propofol include respiratory depression, hypotension, and pain with injection; these occur in ≤10% of ED sedations and typically require only minor, brief interventions, without evidence of serious patient sequelae.



Figure. Clinical practice guideline for emergency department procedural sedation with propofol: summary of recommendations.

Emergency nurse practitioners and doctors consulting with patients in an emergency department: a comparison of communication skills and satisfaction

H Sandhu,¹ J Dale,¹ N Stallard,¹ R Crouch,² E Glucksman³

Table 5 Comparison of clinicians' self-satisfaction scores (unadjusted means)

	General practitioner	Senior house officer	Specialist registrar/staff grade	Emergency nurse practitioner	p Value
How well did you address the needs of this patient?	7.5	7.9	8.4	8.5	<0.0001
How actively was the patient involved in talking and participating in consultation?	7.5	8.1	8.3	8.1	0.004
How satisfied were you with the adequacy of the information you gave to this patient?	7.7	8.1	8.3	8.6	0.001
How satisfied were you with the emotional support you gave to this patient?	7.6	7.3	7.7	8.4	0.002
Overall, how satisfied are you with the consultation?	7.5	7.8	8.1	8.6	0.0003

CONCLUSION

Compared with ED doctors, ENPs provide more education and counselling to patients, particularly in relation to the therapeutic regimen. In this respect, their consulting style appeared similar to that of the GPs. However, SHOs encouraged patients to participate in the consultation by checking their understanding more. Although patient satisfaction levels were globally high, patients appeared to be more satisfied with ENP consultations than with SHO consultations. Future research is needed to investigate the generalisability of these findings and to explore how differences in ED consultation style influence clinical outcome.



Recommendations for patient engagement in patient-oriented emergency medicine research

Patrick M. Archambault, MD, MSc^{*†‡}; Colleen McGavin, BA[§]; Katie N. Dainty, PhD^{¶**}; Shelley L. McLeod, PhD(c), MSc^{††‡‡}; Christian Vaillancourt, MD, MSc^{§§}; Jacques S. Lee, MD, MSc^{¶¶}; Jeffrey J. Perry, MD, MSc^{§§}; François-Pierre Gauvin, PhD^{***}; Antoine Boivin, MD, PhD^{***}

CONCLUSION

Patient engagement has the potential to improve EM research in Canada by helping researchers select outcomes that matter to patients, increase social acceptability of studies, and design knowledge translation strategies that better target patient's needs. Our panel made policy-level recommendations to help CAEP support patient engagement in research and pragmatic recommendations to help Canadian EM researchers better engage patients and address some of the barriers to engaging patients in their research.

Box 2. Recommendations about CAEP policy

In order to foster patient engagement in EM research, CAEP should:

1. Create a National Patient Council as a partnership between a diverse group of patients and EM researchers (Note: Diverse means including members from First Nations, minority communities, vulnerable populations, and a lower literacy population.).
 - a. Explore a collaboration between organizations such as CAEP and CIHR to support this council.
 - b. Recruit continuously to support research projects and maintain a broad representation of patients and new ideas.
2. Adopt, adapt, and develop training material, guidelines, and tools for patient engagement for the context of EM research.
 - a. This would include, for example, how to provide the necessary emotional support for patients and to researchers engaging patients in their research.
 - b. Create better links and partnerships with provincial SPOR SUPPORT Units who have existing training material, guidelines, and tools for patient engagement.
3. Create a space on the CAEP website to disseminate resources that exist and foster interaction among CAEP EM researchers for patient engagement in research.
4. Make expenses related to engaging patients eligible for CAEP-funded projects.
5. Include patients as reviewers on grant competitions if applicable and relevant.
6. CAEP grant applicants should indicate whether or not and how they engaged patients in their research proposals or their rationale for not doing so.
7. CAEP should consider giving additional merit to projects that engage patients if applicable and relevant.

Box 3. Recommendations for best practices at each phase of a research project

1. Preparatory phase
 - a. Seek guidance from provincial SPOR SUPPORT Units.
 - b. Seek guidance about using a framework to help define your approach and situate where patients will be involved in your research (e.g., SPOR, PCORI, INVOLVE).
 - c. Engage patients as early as possible in designing a research project (e.g., target research questions that align with patient priorities).
 - d. Establish trust between researcher and patient partners and acknowledge each of their concerns.
 - e. Plan a budget to recruit patient partners and reimburse their expenses and those of researchers who engage in additional patient engagement activities.
2. Execution phase
 - a. Patients should be engaged throughout the research execution phase in tasks such as:
 - i. Deciding on most relevant patient-centred outcomes
 - ii. Patient recruitment strategies
 - iii. Guiding the creation of consent forms
 - vi. Interpreting results
3. Translational phase
 - a. Encourage and support patients to mobilize knowledge into practice.
 - b. Work with patients to identify where and how dissemination is most effective for knowledge users (patients, clinicians, policy-makers, and administrators).
 - c. Work with patients to ensure that language used to communicate results is understandable by knowledge users who will then be empowered to make better decisions.



A Novel Patient-oriented Tool for Evaluating Quality Measurements

Sarah Rawi ¹, Alec Freling ², Adam Hemminger ³, Mark Wendling ⁴

1. Internal Medicine, University of Connecticut Health Center, Hartford, USA 2. Emergency Medicine, University of Connecticut Health Center, Hartford, USA 3. Emergency Medicine, Virginia Commonwealth University, Richmond, USA 4. Family Medicine, Lehigh Valley Health Network, Allentown, USA

Quality Measurement	Measurement Type Score	Precision Score	Evidence Score	Data Exchange Score	Alignment Score	Patient-Oriented Score	Total Score	Qualitative Analysis
Diabetic Foot Exams	0	2	1	0	0	0	3/12	Inadequate
Colorectal Cancer Screening	0	2	1	2	2	1	8/12	Adequate
Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS)	2	2	2	2	2	2	12/12	Optimal

Conclusions

Our research analyzes the failure of quality measurements to accurately represent population health and promote patient-oriented goals. These failures are derived from shortcomings in the following domains: measurement type, precision, evidence, data exchange, and alignment. We propose Quality Measurement Evaluation Tool (QMET) as a method for evaluating and critiquing quality measurements. QMET provides a reproducible and objective tool for choosing which quality measurements need reconsideration, revision, or are ready for implementation.

co

co

ri

to





Le unità di Terapia Subintensiva nella rete ospedaliera italiana

Edizione 2 “Corona”

(aggiornamento dell'Edizione n. 1 approvata dal CDN in data 15/10/2016)

Policy Statement SIMEU

Approvato dal Consiglio Direttivo Nazionale SIMEU in data 21/05/2020

Gruppo di lavoro: Gian A. Cibinel (coordinatore), Nicola Bacciottini, Giuseppe Carpinteri, Vito Ciani, Antonio Del Prete, Andrea Fabbri, Mario Guarino, Giovanna Guiotto, Andrea Magnacavallo, Stefano Paglia, Giulio Ricciuto, Beniamino Susi.

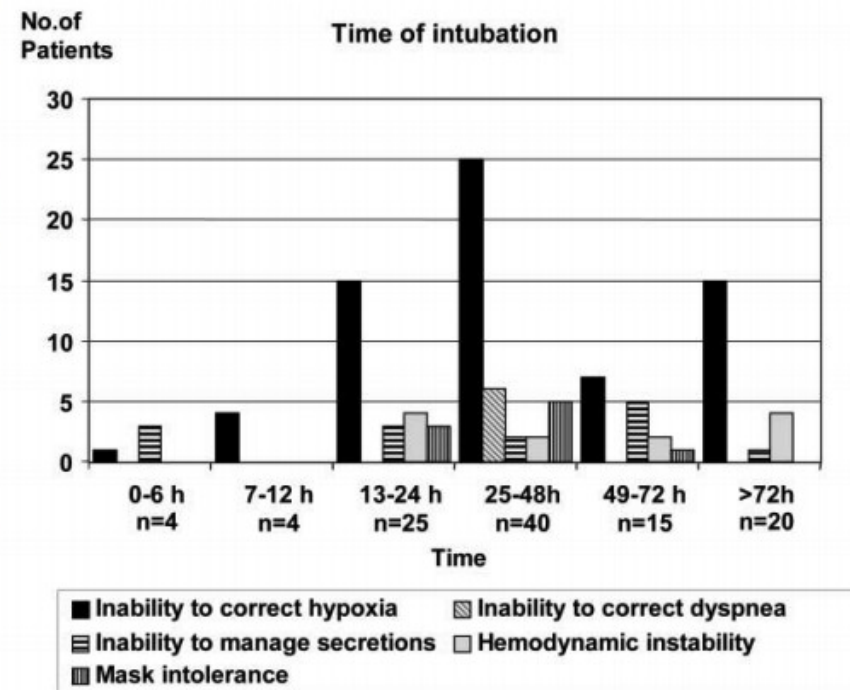
sedation in non-invasive ventilation may be used with extremely close monitoring and only in a setting with lookout for signs of NIV failure.

M. Antonelli
G. Conti
M. L. Moro
A. Esquinas
G. Gonzalez-Diaz
M. Confalonieri
P. Pelaia
T. Principi
C. Gregoretti
E. Beltrame
M. A. Pennisi
A. Arcangeli
R. Proietti
M. Passariello
G. U. Meduri

Predictors of failure of noninvasive positive pressure ventilation in patients with acute hypoxemic respiratory failure: a multi-center study

9%

Fig. 1 Timing of endotracheal intubation. One hundred and eight (30 %) of the 354 patients required endotracheal intubation. Reasons for intubation were as follows: inability to correct hypoxia, 67 (62 %); inability to manage secretions, 14 (13 %); hemodynamic instability, 12 (11 %); mask intolerance, 9 (9 %); inability to correct dyspnea, 6 (5 %). The principal reason for failure of patients with community-acquired pneumonia, pulmonary ARDS, and extrapulmonary ARDS was the inability to correct hypoxemia [15 (79 %) patients with CAP, 25 (78 %) patients with extrapulmonary ARDS, and 11 (92 %) patients with pulmonary ARDS]. Seventy-three patients (68 %) were intubated within 48 h of initiating NPPV





REVIEW

Open Access

Sedation in non-invasive ventilation: do we know what to do (and why)?

Dan Longrois^{1*}, Giorgio Conti², Jean Mantz³, Andreas Faltlhauser⁴, Riku Aantaa⁵ and Peter Tonner⁶

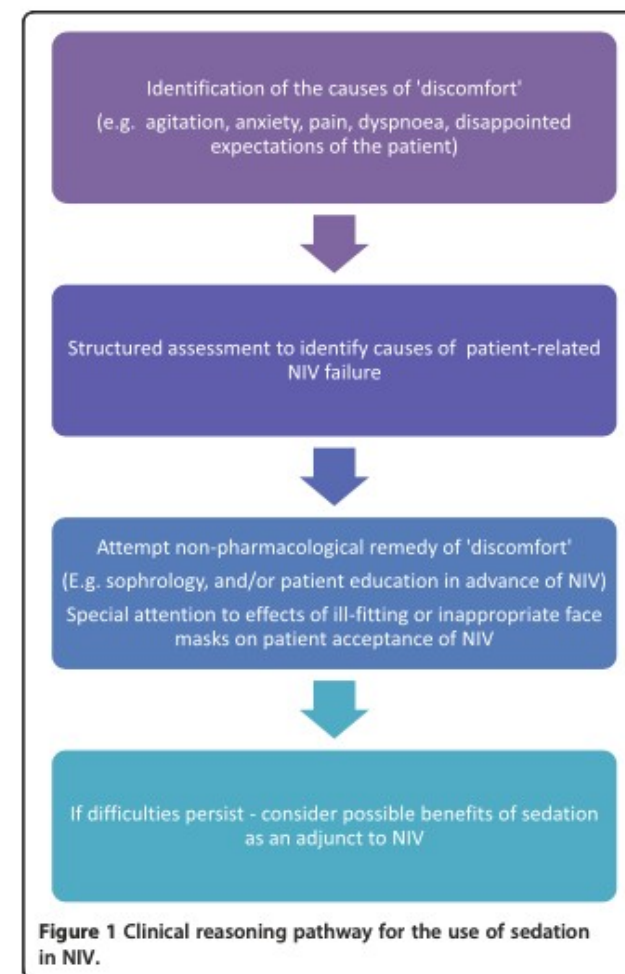
Nonostante il loro potenziale (e probabilmente il frequente uso off-label per la NIV), attualmente non ci sono dati che valutino se gli **antipsicotici** possano migliorare la tolleranza alla NIV.

Le **benzodiazepine** dovrebbero essere evitate:

gli studi sui risultati in pazienti ventilati meccanicamente sono coerenti con questo punto di vista, ma non ci sono studi simili nella NIV per supportare una guida definitiva

La **dexmedetomidina** e la **ketamina** sembrano avere i profili farmacologici complessivi più adatti.

I **propofol** e gli **oppioidi** (come il remifentanil) si trovano in una posizione intermedia.







Verbale di accettazione e delle Prestazioni Sanitarie

Servizio di Pronto Soccorso Ingresso N° 20190018625

Cognome e Nome	ANTONIA	Sesso	F	età	80 anni
Data e luogo di nascita	:	NAPOLI			
Residenza	NAPOLI	Indirizzo			
Telefono		Codice Fiscale			

Problema principale: Altri sintomi o disturbi

Modalità Accesso: Autonomo (arrivato con mezzi propri)

Causa dichiarata all'accettazione: rif anemia severa (hg 6) come da referto esterno dolore all'inguine destro da circa 1 settimana ipotensione e stato di agitazione in parkinsoniana

Inviato da: Decisione propria (di un genitore se minorenne)

Data Triage	Data Visita	Data Uscita
25/07/2019 09:34	25/07/2019 15:14	26/07/2019 09:44

Anamnesi:

Dott. : LUISO VITTORIO

Paziente di 80 anni giunge in PS per riferita anemia da referto estremo con 6 g/dl di Hb e dolore all'inguine destro. In anamnesi sindrome di parkinson In terapia con sinemet, tritico. Nega farmacoallergie

Esame Obiettivo:

Dott. : LUISO VITTORIO

Paziente agitata, ma vigile. PA: 88/50 mmHg; SpO2: 93 % in aa; FC: 68 bpm. Dolore alla palpazione in inguine sinistro e coscia sinistra. Al torace MV presente su tutto l'ambito.

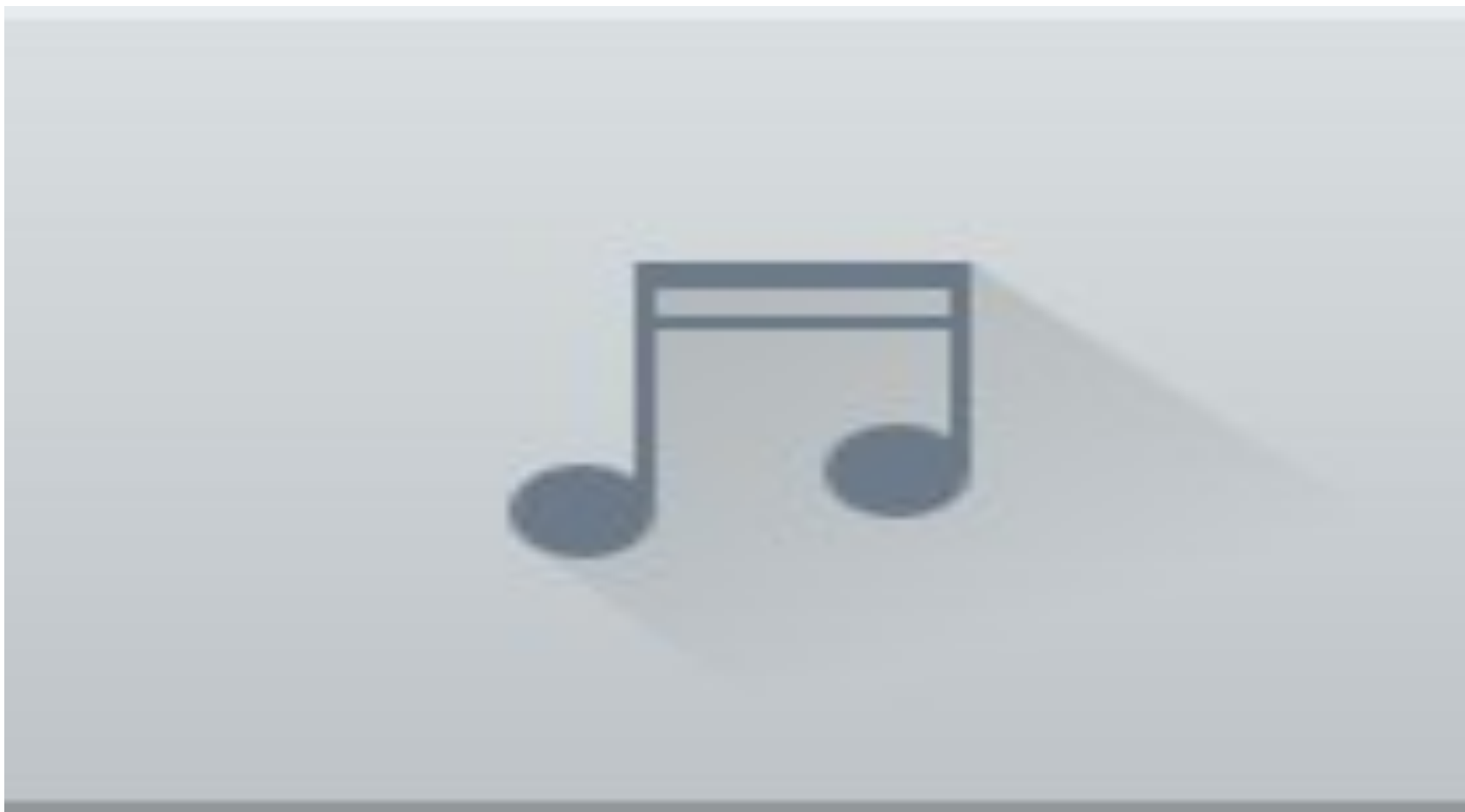
Diario clinico:

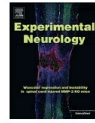
Dott. : LUISO VITTORIO

All'EGA venoso riscontro di glicemia 68 mg/dl. Lattati 3.4 mmol/L
Si somministra glucosata 500 ml al 10% ev + Rineger lattato 500 ml ev

Dott. : LUISO VITTORIO

in previsione di eseguire TC cranio e bacino si somministrano 2 ml di midazolam ev





Research paper

Preclinical evidence in support of repurposing sub-anesthetic ketamine as a treatment for L-DOPA-induced dyskinesia



Mitchell J. Bartlett^{a,b}, Andrew J. Flores^{a,c}, Tony Ye^a, Saskia I. Smidt^a, Hannah K. Dollish^d, Jennifer A. Stancati^e, Drew C. Farrell^f, Kate L. Parent^f, Kristian P. Doyle^{a,g}, David G. Besselsen^h, Michael L. Heien^f, Stephen L. Cowenⁱ, Kathy Steece-Collier^c, Scott J. Sherman^a, Torsten Falk^{a,b,c,d,e}

^a Department of Neurology, The University of Arizona, Tucson, AZ 85724, USA

^b Department of Pharmacology, The University of Arizona, Tucson, AZ 85724, USA

^c Graduate Interdisciplinary Program in Physiological Sciences, The University of Arizona, Tucson, AZ 85724, USA

^d Graduate Interdisciplinary Program in Neuroscience, The University of Arizona, Tucson, AZ 85724, USA

^e Department of Translational Neuroscience, Michigan State University, Grand Rapids, MI 49503, USA

^f Department of Chemistry & Biochemistry, The University of Arizona, Tucson, AZ 85721, USA

^g Department of Immunobiology, The University of Arizona, Tucson, AZ 85724, USA

^h University Animal Care, The University of Arizona, Tucson, AZ 85724, USA

ⁱ Department of Psychology, The University of Arizona, Tucson, AZ 85724, USA

3.2. Ketamine attenuates L-DOPA-induced dyskinesia

In *Experiment 1* we investigated the ability of ketamine treatment to attenuate the development of LID in a rodent model of PD. Here we used our previously published treatment paradigm (Bartlett et al., 2016; Ye et al., 2018) to investigate whether weekly administration of a 10-h ketamine exposure could attenuate the development of dyskinesia during a seven-week L-DOPA priming period (Fig. 2A). L-DOPA-induced limb, axial, and orolingual abnormal involuntary movements (LAO-AIMs) were compared between treatment groups every 3–4 days during a four-week priming period with escalating doses of L-DOPA (6 and 12 mg/kg) (Fig. 2A). A Kruskal-Wallis test with Dunn's multiple comparisons *post hoc* tests was used to compare the effect of treatment on LAO-AIMs (mean $\pm$ SEM). In the first week of priming with 6 mg/kg of L-DOPA, the total LAO-AIMs scores of LID-rats treated with ketamine (D0: 2.00 $\pm$ 1.15; D3: 17.00 $\pm$ 6.88) were markedly

M.J. Bartlett, et al.

Experimental Neurology 333 (2020) 113413

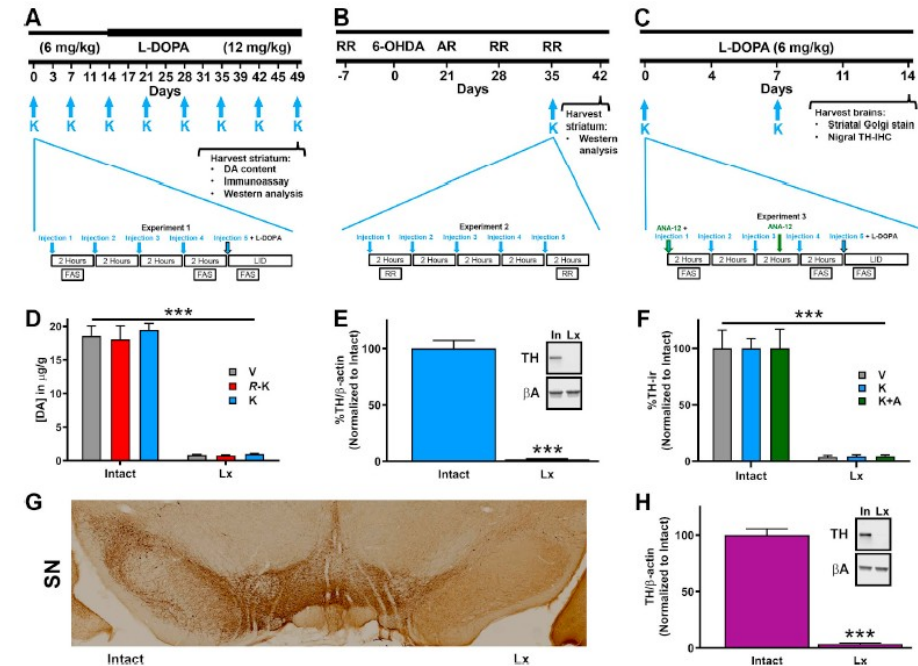
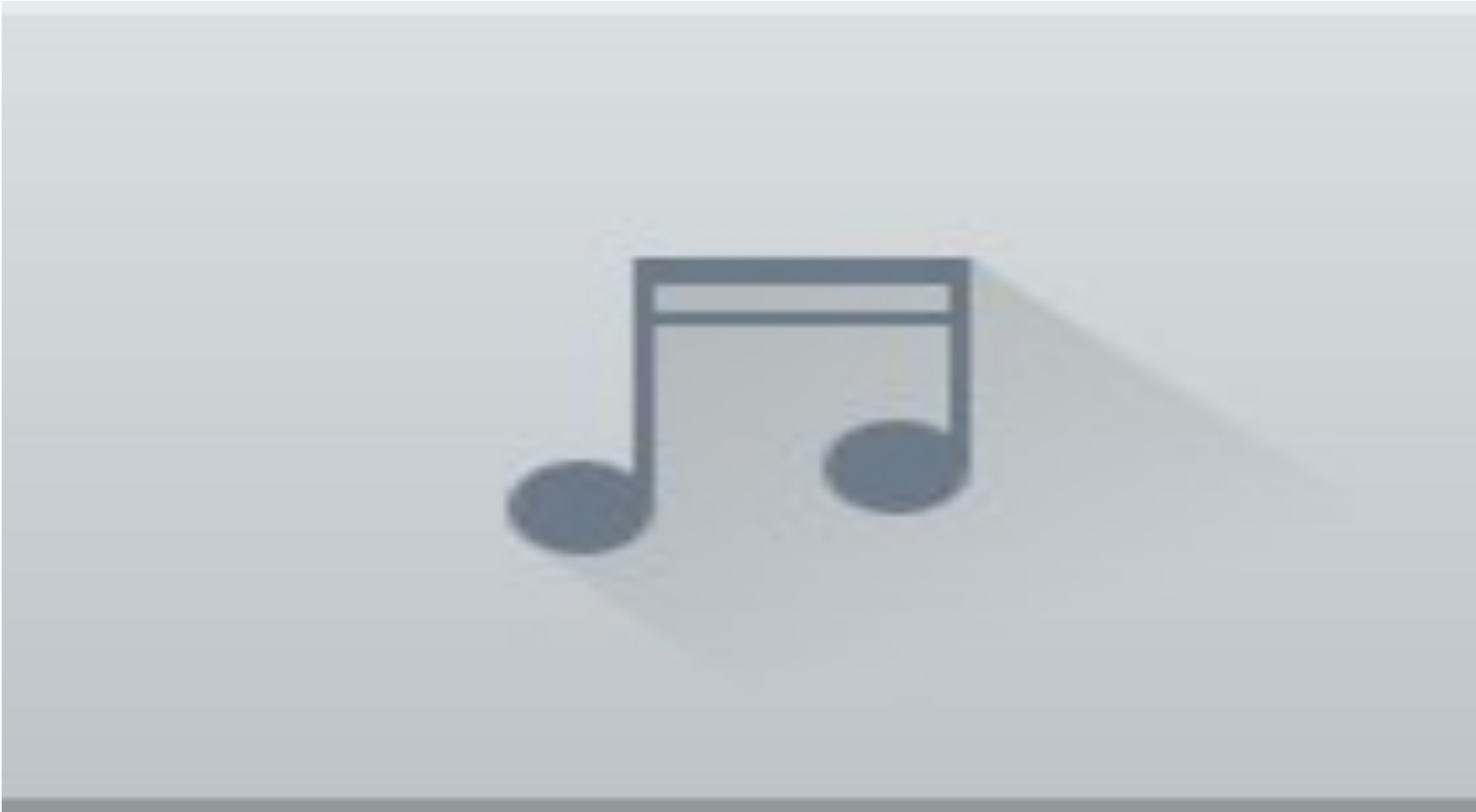


Fig. 1. Schemes for *Experiments* and *post hoc* analyses. (A) Scheme of the ketamine injection paradigm for *Experiment 1* during development of LID (daily L-DOPA injections). FAS = Forelimb adjusting steps test. (B) Scheme of the injection paradigm in PD rats for *Experiment 2*. AR = amphetamine-rotation test; RR = RotaRod test. (C) Scheme of the injection paradigm for *Experiment 3* during development of LID (daily L-DOPA injections). (D) Verification of unilateral 6-OHDA lesion and evaluation of striatal dopamine (DA) levels after ketamine in the rats from the study shown in (A). Electrochemical detection of striatal DA content (mean $\pm$ SEM) is reduced by > 95% in the lesioned side. Striatal DA content was unchanged by a 10-h-treatment of either ketamine (K; $n = 9$), R-ketamine (R-K; $n = 9$) vs. vehicle (V; $n = 9$) 1-h before rats were euthanized, showing no effect on overall striatal DA levels by ketamine or R-ketamine-treatment compared to vehicle in either the lesioned (Lx) or the intact hemisphere. (E) Verification of unilateral 6-OHDA lesion from the study shown in (B) using semi-quantitative TH western analysis in striatal tissue plotting % loss (mean $\pm$ SEM) in Lx vs. Intact (In) hemisphere ($n = 9$). Two-tailed t-test, *** $p < .001$. (F) Verification of unilateral 6-OHDA lesions in the rats from the study depicted in (C). The graph shows the quantification of the TH-ir plotting the % loss (mean $\pm$ SEM) in the Lx vs. intact SN hemispheres ($n = 10$ /group; V = vehicle, K = ketamine, K + A = ketamine + ANA-12). (G) Example photomicrograph of a SN in *Experiment 3* shows the unilateral reduction in TH-ir post-lesion. Two-way ANOVAs, Bonferroni *post hoc* tests, *** $p < .001$. (H) Verification of unilateral 6-OHDA lesion from the ANA-12-only control study, the negative control for *Experiment 3*, using semi-quantitative TH western analysis in striatal tissue, plotting % loss (mean $\pm$ SEM) in Lx vs. intact hemisphere ($n = 10$). Two-tailed t-test, *** $p < .001$.



Cognome e Nome : **ANTONIA** Data di Nascita:
Codice Fiscale: Num. Accettazione: **CTO2019068357**
Provenienza: **PS UOSD MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE E DI URGENZA (MCAU-CTO) - 5131**
Medico Richiedente: **LUISO VITTORIO** Data Richiesta: **25/07/2019 11:43**
Op. Accettazione: **ATTARDI MASSIMILIANO** Data Accettazione: **25/07/2019 12:59**
Data Esecuzione: **25/07/2019 13:15**
Quesito clinico: **sospetto blushing arterioso**

ANGIO TC PELVI.

Esame eseguito prima e dopo somministrazione di mdc ev come da specifica richiesta ed inficiato da artefatti da indurimento del fascio per presenza di protesi d'anca destra.

In relazione al quesito clinico si conferma la presenza in corrispondenza del m. ilio-psoas di sinistra, in particolare della sua componente iliaca e distale di raccolta che mostra densità mista per componente ipodensa più craneale, con calcificazioni di parete, e grossolane calcificazione contestuale nel suo tratto distale (che limitano il suo studio) del diametro massimo complessivo di 40x28x140 mm, estendendosi distalmente fino al focolaio fratturativo, che dopo somministrazione di mdc mostra sfumata impegnazione di parete ed ipodensità contestuale (nella componente craniale) come da ematoma organizzato senza evidenza nei sudetti limiti di chiare immagini da riferire ad stravi di mdc attivi nel suo contesto. Necessario stretto monitoraggio e se di necessità clinica integrazione diagnostica con esame angiografico.

Si conferma la presenza di frattura scomposta e pluriframmentata sottocapitata di femore a sinistra con disomogeneità dei tessuti perifratturativi.

Frattura pluriframmentaria ed scomposta dell'osso pubico omolateralmente. Vescica cateterizzata, depleta che associato agli artefatti da indurimento del fascio dalla protesi non consentono il suo studio. Se di necessità clinica rivalutazione dopo chiusura del catetere vescicale.

RA: Aerobialia. Dilatazione delle vie biliari intra ed extraepatiche. Pericentimetrica formazione costantemente ipodensa al VII s da verosimile cisti. Falda fluida pericardica. Diffusa distensione di anse del tenue,. Imbibizione del cellulare adiposo mesenteriale e sottocutaneo.

Napoli, 25/07/2019 - 14:24:03

T.S.R.M.
ATTARDI MASSIMILIANO

Il Medico Radiologo
REIMY RODRIGUEZ

solo farmaci?

Unscheduled Procedural Sedation: A Multidisciplinary Consensus Practice Guideline



This guideline has been organized by the American College of Emergency Physicians and has been endorsed by the American Academy of Emergency Medicine, the American Board of Emergency Medicine, the American College of Cardiology, the American College of Medical Toxicology, the American College of Osteopathic Emergency Medicine, the Association of Academic Chairs of Emergency Medicine, the Emergency Medicine Residents' Association, the Emergency Nurses Association, the Society for Academic Emergency Medicine, and the Society for Pediatric Sedation

Steven M. Green, MD; Mark G. Roback, MD; Baruch S. Krauss, MD, EdM; James R. Miner, MD; Sandra Schneider, MD; Paul D. Kivela, MD, MBA; Lewis S. Nelson, MD; Corrie E. Chumplitazi, MD, MS; John D. Fisher, MD; Dan Geseke, DMD; Benjamin Jackson, MD; Pradip Kamat, MD; Terry Kowalenko, MD; Brandon Lewis, DO, MBA; Michele Papo, MD, MPH; Don Phillips, DO; Sonny Ruff, DNP, RN; Daniel Runde, MD; Thomas Tobin, MD, MBA; Nathan Vafaei, MD; John Vargo II, MD, MPH; Eric Walser, MD; Donald M. Yealy, MD; Robert E. O'Connor, MD

Non-Pharmacological and Other Adjunctive Techniques

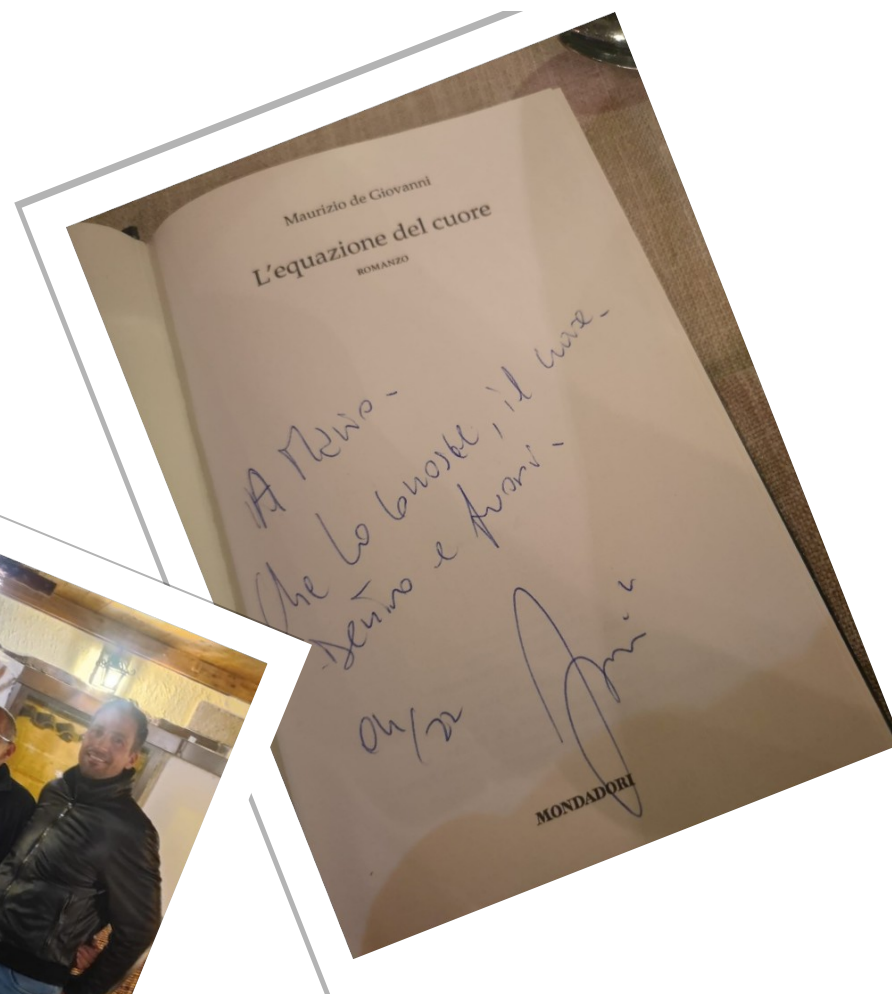
Age-specific interventions for managing fear and pain can often reduce anxiety and distress in children and their families, and augment the procedural sedation experience.^{76,77} The sedation provider should utilize developmentally appropriate interventions to reduce fear, anxiety and pain and, when available, enlist child life specialists specifically trained to provide this service. Immobilization devices in children should generally be

avoided and should certainly not be used in lieu of non-pharmacological interventions as described above and, when appropriate, effective pharmacologic sedation.

liisa



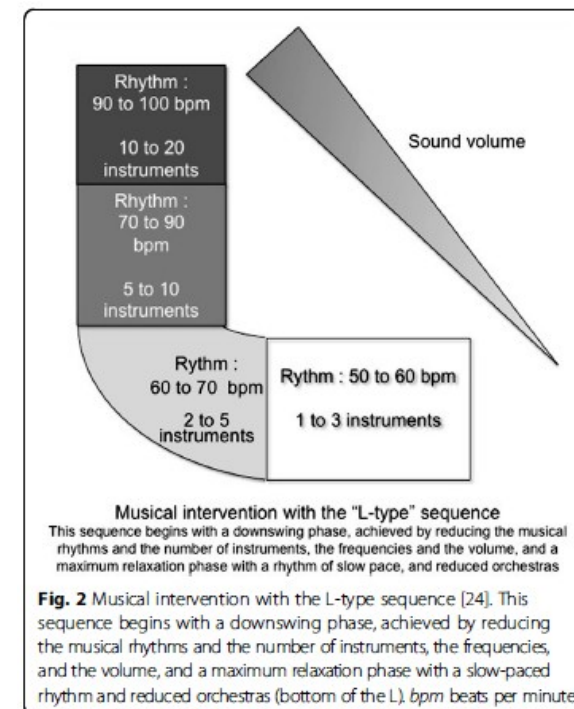
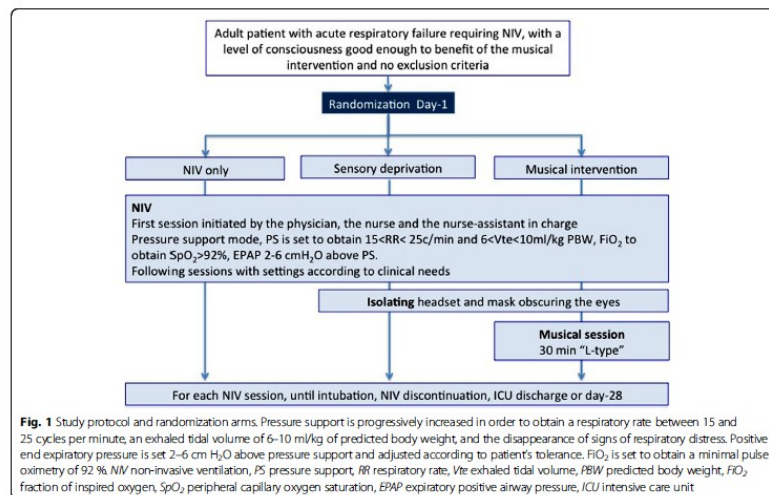




Effect of a musical intervention on tolerance and efficacy of non-invasive ventilation in the ICU: study protocol for a randomized controlled trial (MUSique pour l'Insuffisance Respiratoire Aigue - Mus-IRA)



Jonathan Messika^{1,2,3,12*}, David Hajage^{4,5,6}, Nataly Pannekoek¹, Serge Villard¹, Yolaine Martin¹, Emilie Renard¹, Annie Blivet¹, Jean Reignier⁹, Natacha Maquigneau⁹, Annabelle Stoclin¹⁰, Christelle Puechberty¹⁰, Stéphane Guétin¹¹, Aline Dechanet^{6,7,8}, Amandine Fauquembergue^{6,7,8}, Stéphane Gaudry^{1,4,5}, Didier Dreyfuss^{1,2,3} and Jean-Damien Ricard^{1,2,3}



Music therapy has shown its beneficial effects on patient anxiety, pain [24], and physiological events (heart rate, blood pressure) either outside [15, 42–44] or inside the ICU [16–20]. These studies showed that



OPEN

The role of touch in regulating inter-partner physiological coupling during empathy for pain

Pavel Goldstein^{1,2,3}, Irit Weissman-Fogel⁴ & Simone G. Shamay-Tsoory¹

Received: 18 January 2017

Accepted: 2 May 2017

Published online: 12 June 2017

The human ability to synchronize with other individuals is critical for the development of social behavior. Recent research has shown that physiological inter-personal synchronization may underlie behavioral synchrony. Nevertheless, the factors that modulate physiological coupling are still largely unknown. Here we suggest that social touch and empathy for pain may enhance interpersonal physiological coupling. Twenty-two romantic couples were assigned the roles of target (pain receiver) and observer (pain observer) under pain/no-pain and touch/no-touch conditions, and their ECG and respiration rates were recorded. The results indicate that the partner touch increased interpersonal respiration coupling under both pain and no-pain conditions and increased heart rate coupling under pain conditions. In addition, physiological coupling was diminished by pain in the absence of the partner's touch. Critically, we found that high partner's empathy and high levels of analgesia enhanced coupling during the partner's touch. Collectively, the evidence indicates that social touch increases interpersonal physiological coupling during pain. Furthermore, the effects of touch on cardio-respiratory inter-partner coupling may contribute to the analgesic effects of touch via the autonomic nervous system.









smeralda
alduccio



lasenese





carico

■ SPECIAL REPORT

Is Patient-Centered Care the Same As Person-Focused Care?

Barbara Starfield, MD, MPH

Table 1. Differences between patient-centered care and person-focused care	
Patient-centered care	Person-focused care
Generally refers to interactions in visits	Refers to interrelationships over time
May be episode oriented	Considers episodes as part of life-course experiences with health
Generally centers around the management of diseases	Views diseases as interrelated phenomena
Generally views comorbidity as number of chronic diseases	Often considers morbidity as combinations of types of illnesses (multimorbidity)
Generally views body systems as distinct	Views body systems as interrelated
Uses coding systems that reflect professionally defined conditions	Uses coding systems that also allow for specification of people's health concerns
Is concerned primarily with the evolution of patients' diseases	Is concerned with the evolution of people's experienced health problems as well as with their diseases

Barbara Starfield, MD, MPH, is a University Distinguished Professor in the Department of Health Policy and Management at Johns Hopkins University in Baltimore, MD. E-mail: bstarfie@jhsph.edu.

A new model of Emergency Department: person-focused/patient-centered care and a strategic design of spaces

Date : 16-07-2018

- [G. Longo](#)
- [Original Article](#)

A new model of Emergency Department: person-focused/patient-centered care and a strategic design of spaces

- [2/2018-Luglio](#)
- [ISSN 2532-1285](#)
- <https://doi.org/10.23832/ITJEM.2018.017>



G. Longo², Matarazzo², C. Maiorino², G. Perito², G. Cozzolino³, R. Della Monica³, B. Di Gennaro³, G. Vitolo³, F. Molino³, G. Forzano³, M. V. Carlino^{1,2}, A. Sforza^{1,2}, G. Castellano^{1,2}, P. Ieranò^{1,2}, S. Russo^{1,2}, A. Costanzo^{1,2}, A. Sommesse^{1,2}, J. Niro^{1,2}, S. Grasso^{1,2}, A. Corcione^{1,2}, F. Chiumiento^{1,2}, M. de Giovanni, M. Guarino^{1,2}



ma dove
eravamo rimasti?



Centro Traumatologico Zonale - Pronto Soccorso - C.T.O.
Responsabile Dr.: MARIO NA24161 GUARINO

Verbale di accettazione e delle Prestazioni Sanitarie

Servizio di Pronto Soccorso Ingresso N° 20220010003

Cognome e Nome LUCIANA Sesso F età 80 anni
Data e luogo d Residenza NA I nicolardi 21
Telefono Codice Fiscale GLSLCN41T61F205Q

Problema principale: Dispnea

Modalità Accesso: Autonomo (arrivato con mezzi propri)

Causa dichiarata all'accettazione: Paziente dispnoica riferisce cefalea, spossatezza e sonnolenza. Rilevata SpO2 al 92%
Si esegue EGA arterioso al triage
Accesso diretto in shock room

Inviato da: Decisione propria (di un genitore se minorenne)

Data Triage Data Visita Data Uscita
25/03/2022 14:07 25/03/2022 14:31 25/03/2022 23:01

Urgenza triage: ROSSO

Urgenza dimissione: ROSSO

Anamnesi:

Dott.: VENAFRO MARIO pratica EGA: acidosi respiratoria cronica -> inizia niv in modalità A/pov (paziente sedata con ketamina) peep 5 mmHg ps 20 fr 16 atti/min tE 1/2 rampa 2

Dott.: CANDIDO RICCARDO Paziente giunge per dispnea con riscontro di valori di SpO2 al triage inferiori al 70%.
25/03/2022 15:09 In anamnesi: insufficienza respiratoria cronica secondaria a BPCO, tabagismo (> 2 pacchetti al giorno), ipertensione arteriosa, miocardioclerosi.
Terapia domiciliare: ossigenoterapia a 1.5 l/min per 18 ore al giorno, Elebrato, Esteclin bustine, Eutrox, Omeoprazen, zestoretic, Cardiaspirina, congescor, sivistin, deursil
Nega farmacodipendenza

Esame Obiettivo:

Dott.: CANDIDO RICCARDO Paziente vigile e collaborante.
25/03/2022 15:09 EGA -> ph 7.47 pCO2 52 pO2: 40 Na 136 K 4.4 Lac 0.8 Hb 12.8 Sao2: 68.7 HCO3 37.8 pF 190
PA: 143/86 mmHg; FC: 76 bpm
EOT: MV diffusamente ridotto, abolito alle basi bilateralmente, con ronchi, sibili e gemiti espiratori diffusi.
EOC: attività cardiaca regolare, toni nascosti da attività respiratoria
EOA: addome trattabile, non dolente né dolorabile alla palpazione superficiale e profonda. Peristalsi valida
ESCOSCOPIA: sliding presente su tutti i campi polmonari, linea pleurica diffusamente frastagliata con linee B su tutti i campi. Piccolo addensamento subpleurico in campo apicale sinistro. Versamento pleurico basale bilaterale.
Ventricolo sinistro sinistro ipertrofico con conservata funzione sistolica globale (EF: 55%). Pattern diastolico da alterato rilasciamento. Stenosi aortica

ATTENZIONE

Si invita l'utenza a prendere visione attentamente dei dati e delle dichiarazioni riportate nella scheda di dimissione P.S. che non potranno essere successivamente modificati. In caso di RICOVERO tale documento sarà parte integrante della Cartella Clinica. L'orario di alcune prestazioni, per motivi di urgenza, può non coincidere con quello reale in cui tali prestazioni sono state

Presto consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del ex D.L. vo 196/03 "Codice Privacy".

NAPOLI, 25-03-2022

Il paziente
(del genitore se minorenne)

Il medico
VENAFRO MARIO

Direzione Sanitaria Viale Colli Aminei NAPOLI

Centro Traumatologico Zonale - Pronto Soccorso

Centro Traumatologico Zonale - Pronto Soccorso - C.T.O.
Responsabile Dr.: MARIO NA24161 GUARINO

Verbale di accettazione e delle Prestazioni Sanitarie

Pronto Soccorso Ingresso N° 20220010003

Cognome e Nome LUCIANA Sesso F età 80 anni
Data e luogo d Residenza NA I nicolardi 21
Telefono Codice Fiscale GLSLCN41T61F205Q

Obiettivo:

CANDIDO RICCARDO di grado lieve. Sezione destra lievemente dilatata. Incremento della PAPs stimata (45 mmHg). Vena cava di dimensioni normali.
25/03/2022 15:09 Si somministra:
- Pantorac 40 mg;
- urbason 40 mg;
- MgSO4 - 1 FL in 100 cc
- Lasix 20 mg - 1 fl

Dott.: CANDIDO RICCARDO CUS negativa bilateralmente condotta a livello femoropopliteo
25/03/2022 15:10

Esami:

VISITA DI PRONTO SOCCORSO 25/03/2022 14:31

Accertamenti:	2-Saturazione (O2/FIO2)	4-Freq. Cardiaca (bpm)	5-Pressione arteriosa	7-Temperatura (°C)
25/03/2022 14:07	52 / 21	78	66 / 143	36

Diario clinico:

Dott.: CANDIDO RICCARDO EGA -> ph
25/03/2022 15:10
Dott.: CANDIDO RICCARDO Inizia O2 terapia con Maschera con reservoir (FIO2: 75%)
25/03/2022 15:11
Dott.: CANDIDO RICCARDO Si richiede RX TORACE
25/03/2022 15:12
Dott.: CANDIDO RICCARDO ega -> ph 7.41 po2 176 pco2 59 Sao: 99% LATTATI 0.6 P/F 235
25/03/2022 15:12

ATTENZIONE

Si invita l'utenza a prendere visione attentamente dei dati e delle dichiarazioni riportate nella scheda di dimissione P.S. che non potranno essere successivamente modificati. In caso di RICOVERO tale documento sarà parte integrante della Cartella Clinica. L'orario di alcune prestazioni, per motivi di urgenza, può non coincidere con quello reale in cui tali prestazioni sono state

Presto consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del ex D.L. vo 196/03 "Codice Privacy".

NAPOLI, 25-03-2022

Il paziente
(del genitore se minorenne)

Il medico
VENAFRO MARIO

DATA	GIARNO CLINICO	TERAPIA
25/03/2022	Si riceve la paziente in cardiologia diabetica - pompano infusione di ketamina a dose 1/2. Pt di Ca non collaborante, disorientata. PA: 177/56; FC 77 bpm; SpO2 91% in NIV con FiO2 45% Attaccolamenti su NIV in modalità A/PCV con PEEP 5 cmH2O, PS 20 cmH2O R: Bath perimetro; I.E = 1:2 SpO2 R/esami ematologici pediatrici alterazione mi ridotta alle 18:00 elettrolitici, normalizzati. Alterato condizionale Addome no tabelle non dolente alla palpazione superficiale prospice, non segni di peritonismo. Vite mediche e di infermiere. Monitoraggio ECG Diversi infusi 400cc urine chiare	Paracetamolo 1g Laxox 20mg 1g Augmentin 1,2g 1g Urinaria 1g MgSO4 1g D.O. 1g Aerosol respiri (Elecil 1g + Brevi + D.O.) D.O. P.I. No 5000 Tulexy 1g Euflex 1g Trachea 1g Gaze 1g Durex 4g AIA 100mg 1g Torsol 20mg 1g Anxide 1g
26/03/2022	Al contraccello clinico esterno A = ne sono periti B = periti NIV A/PCV PEEP S PS 20 FIO2 45% I.E 2000 1:2:2; SpO2 92% per ES -/ con FiO2 45%; per RW notevolmente ridotto di oss. spande: sh2; ECG 112 bpm 40 mmHg 59 mmHg 29	26/03/22 Aumentato sul fso 2000ml









DIRIGENTE RESPONSABILE

• DOTT. M. GUARINO

DIRIGENTI MEDICI

- DOTT. R. CANDIDO
- DOTT.SSA G. CASTELLANO
- DOTT. F. CESARO
- DOTT.SSA C. S. CIMMINO
- DOTT.SSA I. CORTILE
- DOTT.SSA A. COSTANZO
- DOTT.SSA G. CRISTIANO
- DOTT.SSA A. S. GIUNTA
- DOTT.SSA P. IERANO
- DOTT. A. IZZO
- DOTT.SSA M. G. MONSURRO
- DOTT. J. NIRO
- DOTT.SSA N. VALENTI
- DOTT. M. VENAFIO
- DOTT.SSA A. SEHSE
- DOTT.SSA M. P. URSI
- DOTT.SSA M. VITRONE

NOME LUCIANA

DATA DI NASCITA 21.12.1941

CARTELLA CLINICA 2022008908

DATA DI RICOVERO 25.3.2022

DIAGNOSI

INSUFFICIENZA RESPIRATORIA IPOSSICO-IPERCAPNICA IN TABAGISTA.

CONDIZIONI ALLA DIMISSIONE

Si trasferisce presso lungodegenza codice 60 presso Villa Camaldoli in condizioni cliniche stabili e in assenza di urgenze in atto

INDAGINI, CONSULENZE E PROCEDURE EFFETTUATE

- Esami ematochimici
- Elettrocardiogramma 12 derivazioni
- Emogasanalisi seriati
- Broncoscopia con BAL
- Rx-grafia torace
- Tc-torace e addome con e senza m.d.c.
- Quantiferon
- Ricerca antigeni urinari per Legionella e Pneumococco
- Tnf Sars Cov2: negativo

TERAPIA FARMACOLOGICA

- Eutirox 75 mcg
- 1 compressa al mattino
- Triatec 5
- 1 compressa al mattino
- Congescor 1.25
- 1 compressa al mattino
- Deursil 450
- 1 compressa al mattino
- Zyloric 300
- 1 compressa al mattino
- Arixtra 2.5
- 1 fiala sottocute ore 12.00
- Trelegy
- 1 puff al mattino
- Ossigeno
- 1 litri (FIO₂ 28%) di notte e al bisogno con target della SaO₂ tra 88% e 92%
- Serenase gocce
- 10 gocce ore 21.00

CONSIGLI E SUGGERIMENTI

Si consiglia mobilitazione e deambulazione assistita
Si consiglia stimolazione verbale ed invito all'ideazione concreta

Data, 14.4.2022

Azienda
Ospedaliera
dei Colli
Dott. Mario Guarino
Matricola 31336

Modello C.O.S. (art. 28) - 02/2019 - 14/04/2022

Stampato: 25/03/2022 16:11:19				
Referto campione paziente				
Stato: ACCETTATO				
Analisi: 25/03/2022 14:21:26				
Prelievo: 25/03/2022				
Tipo campione: Arterioso				
Medico:				
ID Operatore:				
Paziente				
ID:				
Cognome: GALASSO				
Nome:				
Data di nascita:				
Cartuccia				
Lotto N°: 2112071				
S/N: 00000000500260725				
Scadenza: 24/04/2022				
Analizzatore				
Modello: GEM® Premier 5000				
Area: CTO PS				
Nome: CTO PS				
S/N: 21047783				
Risultati				
	Val	Riferimento	Val	
	Basso	Basso	Alto	Alto
Misurati (37.0°C)				
pH	7.47		7.35 7.45	--
pCO ₂	52	mmHg	35 48	--
pO ₂	40	mmHg	83 108	--
Na ⁺	138	mmol/L	135 145	--
K ⁺	4.4	mmol/L	3.5 5.0	--
Cl ⁻	103	mmol/L	95 106	--
Ca ⁺⁺	1.13	mmol/L	1.15 1.27	--
Hct	45	%	36 53	--
Glu	102	mg/dL	60 110	--
Lac	0.8	mmol/L	0.0 1.3	--
CO-Ossimetro				
SpO ₂	12.8	g/dL	12.0 17.0	--
O ₂ Hb	68.2	%	95.0 98.0	--
COHb	2.7	%	0.5 1.5	--
MetHb	0.7	%	0.0 1.5	--
HtHb	30.2	%	0.0 5.0	--
sO ₂	68.7	%	94.0 98.0	--
Derivati				
TCO ₂	39.4	mmol/L	19.0 24.0	--
BE _{act}	14.1	mmol/L	--	--
BE _(c)	15.3	g/dL	--	--
BE _(B)	12.1	mmol/L	--	--
Ca ⁺⁺ (7.4)	1.16	mmol/L	--	--
AG	0	mmol/L	--	--
P/F Ratio	190	mmHg	--	--
pAO ₂	85	mmHg	--	--
CaO ₂	11.8	mL/dL	--	--
O ₂ cap	17.2	mL/dL	--	--
O ₂ ct	11.8	mL/dL	--	--
sO ₂ (t)	78.8	%	--	--
HCO ₃ ⁻ (c)	37.8	mmol/L	21.0 28.0	--
HCO ₃ ⁻ (d)	33.6	mmol/L	--	--
A-aDO ₂	45	mmHg	--	--
paO ₂ /pAO ₂	0.47		--	--
Ri	1.1		--	--
CoO ₂	17.2	mL/dL	--	--
Osp/O ₂ (est)	60.2	%	--	--
mOem	277.7	mmol/L	--	--

$$\lim_{x \rightarrow c} f(x) = \pm \infty$$

Stampato: 13/04/2022 08:25:18				
Referto campione paziente				
Stato: ACCETTATO				
Analisi: 13/04/2022 08:25:04				
Prelievo: 13/04/2022				
Tipo campione: Arterioso				
Medico:				
ID Operatore:				
Paziente				
ID:				
Cognome: GALASSO				
Nome:				
Data di nascita:				
Cartuccia				
Lotto N°: 211207H				
S/N: 00000000500260648				
Scadenza: 30/04/2022				
Analizzatore				
Modello: GEM® Premier 5000				
Area: CTO MEDURG				
Nome: CTO MEDURG				
S/N: 21047784				
Risultati				
	Val	Riferimento	Val	
	Basso	Basso	Alto	Alto
Misurati (37.0°C)				
pH	7.47		7.35 7.45	--
pCO ₂	55	mmHg	35 48	--
pO ₂	62	mmHg	83 108	--
Na ⁺	145	mmol/L	135 145	--
K ⁺	3.1	mmol/L	3.5 5.0	--
Cl ⁻	103	mmol/L	95 105	--
Ca ⁺⁺	1.15	mmol/L	1.15 1.27	--
Hct	35	%	36 53	--
Glu	128	mg/dL	60 110	--
Lac	0.7	mmol/L	0.0 1.3	--
CO-Ossimetro				
SpO ₂	16.7	g/dL	12.0 17.0	--
O ₂ Hb	88.2	%	95.0 98.0	--
COHb	3.7	%	0.5 1.5	--
MetHb	0.7	%	0.0 1.5	--
HtHb	7.5	%	0.0 5.0	--
sO ₂	92.2	%	94.0 98.0	--
Derivati				
TCO ₂	41.7	mmol/L	19.0 24.0	--
BE _{act}	16.3	mmol/L	--	--
BE _(c)	11.9	g/dL	--	--
BE _(B)	13.8	mmol/L	--	--
Ca ⁺⁺ (7.4)	1.18	mmol/L	--	--
AG	5	mmol/L	--	--
P/F Ratio	177	mmHg	--	--
pAO ₂	181	mmHg	--	--
CaO ₂	13.3	mL/dL	--	--
O ₂ cap	14.2	mL/dL	--	--
O ₂ ct	13.3	mL/dL	--	--
sO ₂ (t)	92.8	%	--	--
HCO ₃ ⁻ (c)	40.0	mmol/L	21.0 28.0	--
HCO ₃ ⁻ (d)	36.5	mmol/L	--	--
A-aDO ₂	119	mmHg	--	--
paO ₂ /pAO ₂	0.34		--	--
Ri	1.9		--	--
CoO ₂	14.9	mL/dL	--	--
Osp/O ₂ (est)	31.4	%	--	--
Hct(c)	32	%	--	--
mOem	287.1	mmol/L	--	--
Or	leale	%	--	--
↑↓ Fuori limite di riferimento				
Altre informazioni				

17h00 - 18h30

GLI ULTIMI IN PS

Moderatori: Giorgio Carbone, Mario Guarino

17h00	Chi è l'ultimo? Stefania Fabbri
17h20	Discussione
17h30	Prima e dopo il PS Giulio Fornero
17h50	Discussione
18h00	Salute e Migrazione: l'accesso alle cure, esperienza di un Centro ISI Lorena Ferrero
18h20	Discussione

