

SCHEDA RILEVAZIONE INCONVENIENTE DURANTE FASE TRASPORTO / STAZIONAMENTO**ORA INDICATIVA** _____

| | |
|-------------------|-----------|
| TIPO MEZZO | AMBULANZA |
| | AUTO |
| | ò ò .. |

TIPO SERVIZIO

118

PROGRAMMATO

DIALISI

GARA

ALTRO

DISPOSITIVI DI SEGNALAZIONE ACUSTICA E/O VISIVA ATTIVI ?

| | | | |
|---|---|---|---------|
| V | G | R | Rientro |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

TIPO EMERGENZA

MALORE INCID.

SI NO

LUOGO INCONVENIENTE

STRADA

FONDO STRADALE

CONDIZIONI LUCE

CONDIZIONI METEO

POSIZIONE AMBULANZA

LIMITE VELOCITA'

VISIONE OSCURATA DA

CAMBIO TRAIETTORIA PER

URBANA EXTRAURBANA TANGENZIALE AUTOSTRADA

ASCIUTTO BAGNATO

GIORNO NOTTE NOTTE CON ILLUMINAZIONE ALBA CREPUSCOLO

SERENO NUVOLOSO FOSCHIA NEBBIA PIOGGIA NEVE

IN MOTO PARCHEGGIO

In quel tratto

CONDIZIONI METEO LUCE CURVA O ALTRO ELEMENTO STRADALE EDIFICIO VEGETAZIONE
VEICOLO PARCHEGGIATO

VENTO FORTE VENTO DA PASSAGGIO CAMION SUPERFICIE SCIVOLOSA

EVITARE OGGETTI EVITARE BUCHE EVITARE ANIMALI EVITARE VEICOLO / I

EVITARE PEDONI EVITARE CICLISTI EVITARE MOTOCICLISTI

SCHEDA RILEVAZIONE INCONVENIENTE DURANTE FASE TRASPORTO / STAZIONAMENTO**GENERE**

FEMMINA MASCHIO

ETA'**PARTECIPAZIONE ALL'EVENTO**

DIRETTAMENTE COINVOLTO

TESTIMONE MA NON COINVOLTO

ME LO HANNO RACCONTATO

RUOLO NELL'EVENTO

AUTISTA

CAPOEQUIPAGGIO

SOCCORRITORE

TIROCINANTE

INFERMIERE

NESSUNO

ANNI DI ATTIVITA'**ORE DA INIZIO TURNO**

Ore passate da inizio turno ad evento segnalato

SCHEDA RILEVAZIONE INCONVENIENTE DURANTE FASE TRASPORTO / STAZIONAMENTO

DESCRIZIONE DELL'EVENTO

Spiega **cosa** ti è successo o cosa hai osservato

ANALISI DELL'EVENTO

Secondo te **come** e **perché** si è verificato l'inconveniente descritto

STRATEGIE FUTURE

Quali strategie possono essere adottate per ridurre le conseguenze di quanto descritto

ALTRO

Altre informazioni utili che ritengo segnalare

GRAZIE PER LA TUA PREZIOSA COLLABORAZIONE