

Unità emittente	<b>CRT</b>						
Unità destinataria	<b>AR</b>	<b>CO</b>	<b>DSA</b>	<b>MAU</b>	<b>N</b>	<b>NCH</b>	<b>SUEM 118</b>
	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>

REDATTO: Comitato Aziendale per l'implementazione delle attività di procurement di organi e tessuti a scopo di trapianto delle Aziende Ospedaliere:

- "Pugliese - Ciaccio" Catanzaro
- Cosenza
- Grande Ospedale Metropolitano "B.M.M." Reggio Calabria

REVISIONATO: Maria Caterina Comi, Cinzia Degli Espositi

APPROVATO: P. Mancini (DUO CRT)

EMESSO: G. A. Gallo (RGQ)

RIVALIDATA (*firma*): \_\_\_\_\_ IN DATA: \_\_\_\_\_

<b>1 CRT</b>		Dr. Giuseppe Gallo	0	30.11.2016		
EMISSIONE	DATA	NOME	REV.	DATA	FIRMA	DESCRIZIONE

## INDICE

0. TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI
1. SCOPO
2. APPLICABILITÀ
3. RESPONSABILITÀ
4. MODALITÀ OPERATIVE
5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO
6. REGISTRAZIONI E ISTRUZIONE OPERATIVE

### 0. TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI

**118:** Unità di emergenza medica  
**A:** Allegato  
**AN:** Unità Operativa di Anestesia  
**AR:** Unità Operativa di Anestesia e Rianimazione  
**BOC:** Banca Occhi Calabria  
**CA:** Coordinatore di Area  
**CAM:** Collegio Accertamento Morte  
**CCBB:** Unità Operativa Banca del Cordone Ombelicale  
**CI:** Coordinatore infermieristico  
**CO:** Coordinamento Ospedaliero  
**CRT:** Centro Regionale Trapianti  
**CTCRT:** Comitato Tecnico Consultivo Regionale per i Trapianti  
**CTMO:** Unità Operativa Centro Trapianti Midollo Osseo  
**CTxEPA:** Centro Trapianti Fegato - Policlinico Umberto I Roma  
**DSA:** Direzione Sanitaria Aziendale  
**DUO:** Direzione Unità Operativa  
**EPA:** Epatologia  
**GA:** Gastroenterologia  
**IO:** Istruzione Operativa  
**LAB:** Laboratori Microbiologia e Virologia  
**LAP:** Laboratorio Anatomia Patologica  
**LTT:** Laboratorio Tipizzazione Tissutale  
**MAU:** Medicina d'accettazione e d'urgenza  
**MDS:** Medico di Direzione Sanitaria  
**MED:** Medico  
**MEDI:** Medicina Interna  
**MI:** Malattie Infettive  
**N:** U.O. di Neurologia  
**NCH:** U.O. di Neurochirurgia  
**ND:** Unità Operativa di Nefrologia e Dialisi  
**P:** Procedura di sistema  
**PO:** Procedura Operativa  
**PTR:** Polo Trapianti di Rene  
**R:** Registrazione Qualità  
**RA:** Responsabili Area per trapianto di fegato  
**RCDP:** Referente Centro Dialisi Periferico  
**RCR:** Referente Clinico regionale per trapianto di fegato  
**RGQ:** Responsabile Gestione Qualità  
**RNPTR:** Responsabile Nefrologo Polo Trapianti Rene  
**RR:** Referente Rianimazione  
**RTI:** Unità Operativa di Rianimazione e Terapia Intensiva  
**RX:** U.O. di Radiologia  
**RXPTR:** Responsabile Urologo o Chirurgo Polo Trapianti Rene  
**SIT:** Servizio di Immunoematologia e Trasfusioni  
**SUEM 118**

PO75-18-CRT - PDTA con gli ospedali Spoke per la gestione delle urgenze neurochirurgiche	Emesso RGQ il 30.11.2016	Rev.0	Approvato DUO CRT	Pag. 2/6
--	--------------------------	-------	-------------------	----------

## 1. SCOPO

Il presente PDTA ha lo scopo di:

- a) migliorare ed uniformare il percorso HUB e SPOKE per la gestione più efficiente possibile del paziente con lesione cerebrale acuta (trauma, ictus emorragico/ischemico, encefalopatia anossica-ischemica o altre cause) al fine di ridurre il numero di decessi che avvengono per cause prevenibili. La condizione neurologica di tali pazienti deve essere attentamente monitorizzata durante il ricovero perché, purtroppo, alcuni di questi soggetti potrebbero andare incontro alla morte per la gravità delle lesioni riportate trasformandosi, quindi, in potenziali donatori di organi e tessuti a scopo di trapianto;
- b) attivare, in caso di decesso di tali pazienti, la procedura per l'accertamento della morte con criteri neurologici finalizzato a donazione, prelievo e trapianto (Legge n. 91 del 1/4/1999).

L'obiettivo principale è quello di garantire:

- 1) la precoce presa in carico del paziente per il proseguimento e l'implementazione dell'iter diagnostico/terapeutico avviato dalle équipe di soccorso durante la fase pre-ospedaliera;
- 2) una rapida e sicura identificazione delle lesioni e delle priorità di trattamento chirurgico o radiologico interventistico subito dopo il ricovero in ospedale.

Il presente PDTA, che descrive tutte le attività che concorrono alla gestione del paziente con patologia neurologica/neurochirurgica acuta ed i professionisti coinvolti nel processo diagnostico-terapeutico, sarà sottoposto a periodica verifica e/o aggiornamento. La sua condivisione si rende necessaria per ridurre il ritardo evitabile nel percorso che va dall'attivazione della C.O. SUEM 118 o dall'arrivo del paziente con lesioni cerebrali acute in Pronto Soccorso alla gestione intra-ospedaliera dello stesso.

## 2. APPLICABILITÀ

La presente procedura si applica alla gestione delle urgenze neurologiche/neurochirurgiche.

## 3. RESPONSABILITÀ

La responsabilità per la presente procedura è del RGQ per le attività di emissione, revisione, rivalidazione e distribuzione; della Direzione per le attività di approvazione. Le diverse aree interessate collaborano alla stesura della procedura per le rispettive competenze.

Le responsabilità nell'applicazione della medesima, sono di seguito evidenziate:

ATTIVITÀ	DUO CRT	RGQ	AR	CO	DSA	MAU	N	NCH	SUEM 118
<b>Soccorso Extra Ospedaliero</b>	IC	I	I	IC	IC	IC	IC	IC	RPIC
<b>Gestione Emergenze Neurochirurgiche</b>	IC	I	RPIC	RPIC	PIC	RPIC	RPIC	RPIC	RPIC
<b>Percorso Ospedaliero</b>	IC	I	RPIC	RPIC	RPIC	RPIC	RPIC	RPIC	P

*Legenda: R responsabile, P partecipa all'attività, I informato, C controlla*

#### 4. MODALITÀ OPERATIVE

##### 4.1 Soccorso Extra Ospedaliero

Le attività del soccorso extra-ospedaliero sono gestite dalla Centrale Operativa SUEM 118.

L'organizzazione del Sistema Emergenza Urgenza territoriale deve essere improntata ad un tempestivo riconoscimento della patologia, ad un ottimale ed immediato link con l'Ospedale e ad un rapido trasporto presso la struttura ospedaliera più idonea per il singolo paziente.

Il sanitario responsabile dell'équipe di soccorso comunica alla propria centrale operativa il codice di priorità e, in base al quadro clinico richiede, se necessario, la presenza del rianimatore/neurochirurgo in Pronto Soccorso.

Durante il trasporto verso l'ospedale l'équipe di soccorso esamina i parametri vitali, calcola il Glasgow Coma Scale (GCS) e valuta le condizioni del paziente seguendo l'ordine ABCDE (Tabella 2) per il riconoscimento e trattamento delle condizioni immediatamente risolvibili che possono mettere a rischio la vita e ricercare ogni eventuale cambiamento del quadro neurologico che potrebbe deteriorarsi nel tempo.

**Tabella 2 - Ordine ABCDE per il riconoscimento delle condizioni immediatamente risolvibili**

A	B	C	D	E
Airways (valutazione vie aeree)	Breathing (valutazione respiro)	Circulation (valutazione circolo)	Disability (valutazione neurologica)	Exposure (esposizione del paziente)

L'obiettivo primario di un adeguato approccio assistenziale pre-ospedaliero da parte dell'équipe di soccorso è la stabilizzazione delle funzioni vitali. Sarà necessario, pertanto:

- monitorare pressione arteriosa, temperatura corporea, saturazione e dare ossigeno se presente ipossiemia, assicurare la pervietà delle vie aeree ed effettuare ECG, rassicurare il paziente (anche se non può parlare, può spesso capire), procurare un accesso venoso ed iniziare l'infusione di liquidi, praticare cateterismo vescicale;
- notificare al medico del Pronto Soccorso i rilievi derivati dalla valutazione eseguita oltre che del tempo d'esordio dei sintomi, che rappresentano elementi fondamentali per una rapida gestione intra-ospedaliera e per il coordinamento delle fasi necessarie all'inizio di trattamenti la cui applicabilità è tempo-dipendente.

##### 4.2 Gestione delle Emergenze Neurochirurgiche

Per la gestione delle gravi lesioni cerebrali che determinano le emergenze neurochirurgiche è necessaria una rete di rapporti tra HUB e SPOKE. Questi ultimi devono essere dotati di terapia intensiva, di anestesisti di guardia 24/24 ore, di radiologi reperibili e di TAC, funzionante sempre 24/24 ore.

La rete HUB e SPOKE deve comprendere:

- trasporti sanitari sia di superficie che tramite elicottero;
- pronto soccorso secondo i bacini di riferimento prestabiliti (solo in caso di indisponibilità di posto letto in Rianimazione si renderà necessario il bypass dei pazienti verso HUB diverso da quello di riferimento, secondo quanto previsto dal protocollo regionale per le emergenze);
- radiologia con possibilità di trasferimento delle immagini (telemedicina).

Qualora le indagini strumentali mettano in evidenza patologie suscettibili di trattamento neurochirurgico, le immagini radiologiche saranno trasmesse ai neurochirurghi dell'HUB di riferimento che valuteranno la necessità del trasferimento del paziente. Deve, inoltre, essere prevista una procedura per il trasferimento dei pazienti già stabilizzati in altri reparti a minore intensità assistenziale (nello stesso o in altri ospedali).

#### 4.3 Percorso Ospedaliero

Giunto al Pronto Soccorso dell'Ospedale HUB con qualsiasi modalità, il paziente con lesioni cerebrali acute, anche sulla base di quanto riferito dal medico del 118 e riportato sulla scheda di soccorso, sarà preso in carico dai medici di turno e, se necessario, da quelli della rianimazione che disporranno eventuali approfondimenti diagnostici con indagini strumentali e consulenze specialistiche (neurologica e/o neurochirurgica).

Per i pazienti con GCS < a 9 all'ingresso, i suddetti specialisti avranno cura di compilare la scheda di valutazione neurologica e/o neurochirurgica per ESA, Trauma, Ischemia ed Emorragia Intracerebrale (vedi rispettivamente R75-18-1CRT, R75-18-2CRT, R75-18-3CRT e R75-18-4CRT allegate) ad intervalli di tempo prestabiliti (al tempo zero, dopo 1 ora, dopo 6 ore, dopo 12 ore, dopo 24 ore, dopo 48 ore e dopo 72 ore), integrando i risultati ottenuti con i referti della TC encefalo, indagine strumentale gold standard per la diagnosi delle patologie neurochirurgiche traumatiche/acute.

L'outcome di questi pazienti è drammaticamente influenzato dalla qualità del trattamento ricevuto nelle prime ore dopo l'evento acuto ed in particolare dalla frequentissima concomitanza di fattori sistemici di aggravamento, quali l'ipotensione arteriosa e l'ipossia, oltre che dal ritardo diagnostico delle lesioni chirurgiche. Inoltre, il danno cerebrale non si esaurisce al momento della lesione ma evolve nelle ore e nei giorni successivi. La combinazione del monitoraggio clinico e strumentale con i controlli programmati della TAC encefalo consentirà il miglior controllo dell'evoluzione della patologia.

La precocità nell'esecuzione della TAC è indispensabile per la diagnosi di masse chirurgiche anche se a volte, purtroppo, non permette di evidenziare lesioni in formazione (ad esempio lesioni ischemiche). Una prima TAC negativa non deve, pertanto, instaurare un pericoloso senso di tranquillità e far trascurare la necessità di controlli successivi e dell'osservazione clinica nel tempo. Nella patologia traumatica, se la prima TAC encefalo viene eseguita entro le 3 ore, è necessario ripetere la seconda entro la 6<sup>a</sup> ora. Se invece la prima TAC viene eseguita dopo le 3 ore dal trauma, la seconda deve essere eseguita entro la 12<sup>a</sup> ora.

PO75-18-CRT - PDTA con gli ospedali Spoke per la gestione delle urgenze neurochirurgiche	Emesso RGQ il 30.11.2016	Rev.0	Approvato DUO CRT	Pag. 5/6
--	--------------------------	-------	-------------------	----------

Tali pazienti, sottoposti a TAC encefalo per lesioni cerebrali acute nelle 24 ore precedenti, dovranno essere identificati giornalmente da un operatore incaricato dalla Direzione Sanitaria Aziendale. A tale scopo l'operatore si recherà presso i reparti di radiologia dell'ospedale per redigere l'elenco nominativo dei suddetti pazienti che trasmetterà, mediante apposita applicazione creata dal Centro Regionale Trapianti, al Comitato Aziendale per l'implementazione del procurement. I componenti del suddetto Comitato, ognuno per la parte di propria competenza, seguiranno l'evoluzione del decorso clinico e con la stessa modalità segnaleranno successivamente eventuali interventi neurochirurgici o l'avvio dell'accertamento di morte con criteri neurologici o per arresto cardiaco.

Subito dopo le dimissioni dei pazienti, sarà cura del Coordinatore Ospedaliero trasmettere al Centro Regionale Trapianti via fax al n. 0965 397984 copia delle schede compilate di valutazione neurologica e/o neurochirurgica (R75-18-1CRT, R75-18-2CRT, R75-18-3CRT e R75-18-4CRT) per la predisposizione del report di attività aziendale.

## 5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

- DCA Regione Calabria n. 9 del 2 Aprile 2015 *"Approvazione documento di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza-urgenza e delle reti tempo dipendenti"*
- Allegato 6 *"Rete Politrauma"* al DCA Regione Calabria n. 9 del 2/04/2015
- DCA Regione Calabria n. 12 del 2.04.2015 *"Approvazione Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per l'Ictus ischemico nella Regione Calabria"*
- Nota Dr. A. Nanni Costa Prot. n. 3137/CNT del 2.11.2016

## 6. REGISTRAZIONI

- R75-18-1CRT- Scheda di valutazione neurologica/neurochirurgica ESA (classificazione di Fisher)
- R75-18-2CRT- Scheda di valutazione neurologica/neurochirurgica TRAUMA (classificazione di Marshall)
- R75-18-3CRT- Scheda di valutazione neurologica ISCHEMIA CEREBRALE
- R75-18-4CRT- Scheda di valutazione neurochirurgica EMORRAGIA INTRACEREBRALE

PO75-18-CRT - PDTA con gli ospedali Spoke per la gestione delle urgenze neurochirurgiche	Emesso RGQ il 30.11.2016	Rev.0	Approvato DUO CRT	Pag. 6/6
--	--------------------------	-------	-------------------	----------



**CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA**

**R75-18-1CRT**  
 Rev. 0  
 Pagina 1 di 2  
 Emesso RGQ il  
 30.11.16  
 Approvato DUO

**SCHEDA DI VALUTAZIONE  
 NEUROLOGICA / NEUROCHIRURGICA  
 EMORRAGIA SUB-ARACNOIDEA**

**SCHEDA DI VALUTAZIONE PAZIENTE \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_**

Parametro	Reazione	Punteggio	Time 0	1 ora	6 ore	12 ore	24 ore	48 ore	72 ore
<b>APERTURA OCCHI</b>	spontaneamente	4							
	alla parola	3							
	al dolore	2							
	non apre gli occhi	1							
<b>RISPOSTE VERBALI</b>	orientata, cioè il paziente relaziona con l'ambiente, capisce e risponde	5							
	confusa	4							
	Parole non appropriate, parole a casaccio, urla, bestemmia, cose insensate, anche se pronunciate	3							
	Suoni incomprensibili, per esempio farfuglia	2							
	nessuna	1							
<b>RISPOSTE MOTORIE</b>	obbedisce ai comandi	6							
	localizza il dolore	5							
	si retrae, flette normalmente ma non localizza il dolore	4							
	anormale flessione allo stimolo doloroso (decorticazione)	3							
	estensione allo stimolo doloroso (decerebrazione)	2							
	nessuna	1							
<b>TOTALE</b>									
<b>TC ENCEFALO</b>	REFERTO	grado1							
		grado 2							
		grado 3							
		grado 4							

**ESITO DECORSO CLINICO:**

**DATA**

**FIRMA**



**CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA**

**R75-18-1CRT**

Rev. 0

Pagina 2 di 2

Emesso RGQ il

30.11.16

Approvato DUO

**SCHEDA DI VALUTAZIONE  
NEUROLOGICA / NEUROCHIRURGICA  
EMORRAGIA SUB-ARACNOIDEA**

GRADO	EMORRAGIA SUB-ARACNOIDEA
1	non evidente
2	inferiore a 5 mm di spessore
3	superiore o uguale a 5 mm di spessore
4	qualsiasi spessore con ematoma intracerebrale e/o intraventricolare





**CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA**

**R75-18- 2 CRT**  
 Rev. 0  
 Pagina 1 di 2  
 Emesso RGQ il  
 30.11.2016  
 Approvato DUO

**SCHEDA DI VALUTAZIONE  
 NEUROLOGICA / NEUROCHIRURGICA  
 TRAUMA CRANICO**

**SCHEDA DI VALUTAZIONE PAZIENTE \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_**

Parametro	Reazione	Punteggio	Time 0	1 ora	6 ore	12 ore	24 ore	48 ore	72 ore
<b>APERTURA OCCHI</b>	spontaneamente	4							
	alla parola	3							
	al dolore	2							
	non apre gli occhi	1							
<b>RISPOSTE VERBALI</b>	orientata, cioè il paziente relaziona con l'ambiente, capisce e risponde	5							
	confusa	4							
	Parole non appropriate, parole a casaccio, urla, bestemmia, cose insensate, anche se pronunciate	3							
	Suoni incomprensibili, per esempio farfuglia	2							
	nessuna	1							
<b>RISPOSTE MOTORIE</b>	obbedisce ai comandi	6							
	localizza il dolore	5							
	si retrae, flette normalmente ma non localizza il dolore	4							
	anormale flessione allo stimolo doloroso (decorticazione)	3							
	estensione allo stimolo doloroso (decerebrazione)	2							
	nessuna	1							
<b>TOTALE</b>									
<b>TC ENCEFALO</b>	REFERTO (classificazione di Marshall)	grado 1							
		grado 2							
		grado 3							
		grado 4							
		grado 5							
		grado 6							

**ESITO DECORSO CLINICO:**

**DATA**

**Firma**



**CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA**

**SCHEDA DI VALUTAZIONE  
NEUROLOGICA / NEUROCHIRURGICA  
TRAUMA CRANICO**

**R75-18- 2 CRT**  
Rev. 0  
Pagina 2 di 2  
Emesso RGQ il  
30.11.2016  
Approvato DUO

GRADO	CLASSE		DEFINIZIONE
1	DI	Lesione diffusa I	Nessuna patologia intracranica visualizzabile alla TAC
2	DII	Lesione diffusa II	Cisterne visibili con shift di 0-5 mm e/o lesioni ad alta-media densità <25 cc (compresi osso o corpi estranei)
3	DIII	Lesione diffusa III (swelling)	Cisterne compresse od assenti Shift della linea mediana di 0-5 mm Lesioni ad alta-media densità <25 cc
4	DIV	Lesione diffusa IV (shift)	Shift della linea mediana > di 5 mm Lesioni ad alta-media densità <25 cc
5	EML	Massa evacuata	Qualsiasi lesione chirurgicamente evacuata specificando: Epidurale Subdurale Intraparenchimale
6	NEML	Massa non evacuata	Lesioni ad alta-media densità >25 cc non evacuate chirurgicamente specificando se uniche o multiple

In caso di:

- DII: osservazione (rischio evoluzione 15%) o monitoraggio ICP (previa valutazione neurochirurgica)
- DIII- DIV: monitoraggio ICP (previa valutazione neurochirurgica)
- EML/NEML: rimozione chirurgica



**CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA**

**R75-18-3CRT**

Rev. 0

Pagina 1 di 2

Emesso RGQ il

30.11.2016

Approvato DUO

**SCHEDA DI VALUTAZIONE NEUROLOGICA  
ISCHEMIA CEREBRALE**

**SCHEDA DI VALUTAZIONE PAZIENTE \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_**

Parametro	Reazione	Punteggio	Time 0	1 ora	6 ore	12 ore	24 ore	48 ore	72 ore
<b>APERTURA OCCHI</b>	spontaneamente	4							
	alla parola	3							
	al dolore	2							
	non apre gli occhi	1							
<b>RISPOSTE VERBALI</b>	orientata, cioè il paziente relaziona con l'ambiente, capisce e risponde	5							
	confusa	4							
	Parole non appropriate, parole a casaccio, urla, bestemmia, cose insensate, anche se pronunciate	3							
	Suoni incomprensibili, per esempio farfuglia	2							
	nessuna	1							
<b>RISPOSTE MOTORIE</b>	obbedisce ai comandi	6							
	localizza il dolore	5							
	si retrae, flette normalmente ma non localizza il dolore	4							
	anormale flessione allo stimolo doloroso (decorticazione)	3							
	estensione allo stimolo doloroso (decerebrazione)	2							
	nessuna	1							
<b>TOTALE</b>									
<b>TC ENCEFALO</b>	REFERTO	grado 1							
		grado 2							
		grado 3							
		grado 4							

**ESITO DECORSO CLINICO:**

**DATA**

**Firma**



**CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA**

**SCHEDA DI VALUTAZIONE NEUROLOGICA  
ISCHEMIA CEREBRALE**

**R75-18-3CRT**

Rev. 0

Pagina 2 di 2

Emesso RGQ il

30.11.2016

Approvato DUO

<b>GRADO</b>	<b>ISCHEMIA</b>
1	Lesione ischemica possibile, ma non ancora visibile in TAC
2	Ischemia circolo anteriore-occlusione di carotide e/o arteria cerebrale media o anteriore
3	Ischemia circolo posteriore-occlusione dell'arteria basilare e/o circolo vertebro-basilare
4	Ischemia cerebrale con edema maligno



**CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA**

**R75-18-4CRT**

Rev. 0

Pagina 1 di 2

Emesso RGQ il  
30.11.2016

Approvato DUO

**SCHEDA DI VALUTAZIONE  
NEUROCHIRURGICA  
EMORRAGIA INTRACEREBRALE**

**SCHEDA DI VALUTAZIONE PAZIENTE \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_**

Parametro	Reazione	Punteggio	Time 0	1 ora	6 ore	12 ore	24 ore	48 ore	72 ore
<b>APERTURA OCCHI</b>	spontaneamente	4							
	alla parola	3							
	al dolore	2							
	non apre gli occhi	1							
<b>RISPOSTE VERBALI</b>	orientata, cioè il paziente relaziona con l'ambiente, capisce e risponde	5							
	confusa	4							
	Parole non appropriate, parole a casaccio, urla, bestemmia, cose insensate, anche se pronunciate	3							
	Suoni incomprensibili, per esempio farfuglia	2							
	nessuna	1							
<b>RISPOSTE MOTORIE</b>	obbedisce ai comandi	6							
	localizza il dolore	5							
	si retrae, flette normalmente ma non localizza il dolore	4							
	anormale flessione allo stimolo doloroso (decorticazione)	3							
	estensione allo stimolo doloroso (decerebrazione)	2							
	nessuna	1							
<b>TOTALE</b>									
<b>TC ENCEFALO</b>	<b>REFERTO</b>	grado 1							
		grado 2							
		grado 3							
		grado 4							
		grado 5							
		grado 6							
<b>ESITO DECORSO CLINICO:</b>									
<b>DATA</b>	<b>Firma</b>								



**CENTRO REGIONALE TRAPIANTI CALABRIA**

**R75-18-4CRT**

Rev. 0

Pagina 2 di 2

Emesso RGQ il

30.11.2016

Approvato DUO

**SCHEDA DI VALUTAZIONE  
NEUROCHIRURGICA  
EMORRAGIA INTRACEREBRALE**

<b>GRADO</b>	<b>EMORRAGIA INTRACEREBRALE</b>
1	Capsulare
2	A sede atipica
3	Capsulare con inondazione ventricolare
4	A sede atipica con inondazione ventricolare e/o emorragia subaracnoidea e/o focolai emorragici multipli
5	Emorragia tronco-encefalica e/o in fossa cranica posteriore
6	Emorragia con edema cerebrale diffuso e oblitterazione delle cisterne della base