

# Scheda di accompagnamento di un paziente all'ospedale (Segnalare al personale sanitario la necessità di trattamento specialistico per esposizione a fluoruri)

Assicurarsi che il personale ospedaliero sia consapevole delle caratteristiche peculiari dei danni causati dall'esposizione ai fluoruri e del fatto che gli effetti tossici dell'esposizione a livello sistemico richiedono un immediato controllo delle concentrazioni plasmatiche di fluoruri, calcio, magnesio e sodio e il reintegro di calcio per infusione.

**L'Acido Fluoridrico (AHF/HF) è corrosivo e tossico e può causare:**

1. Gravi e dolorose ustioni della pelle
2. Irritazione delle vie respiratorie con possibilità di evoluzione in bronchite o anche edema polmonare
3. Asfissia
4. Gravi e dolorose ustioni degli occhi
5. Cecità
6. Gravi e dolorose ustioni dell'apparato digerente
7. Seri effetti tossici a livello sistemico con necessità di intervento specialistico di tipo metabolico, chirurgico, toracico od oftalmico (terapia intensiva)

**Nota:** Ognuno degli effetti summenzionati può presentarsi con ritardo e/o essere accompagnato da effetti sistemici tossici.

## GESTIONE DEL PRIMO SOCCORSO PER ESPOSIZIONE AD ACIDO FLUORIDRICO

Nome \_\_\_\_\_

Sesso \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_ Data e ora \_\_\_\_\_

### DIAGNOSI (BARRARE LE CASELLE APPROPRIATE)

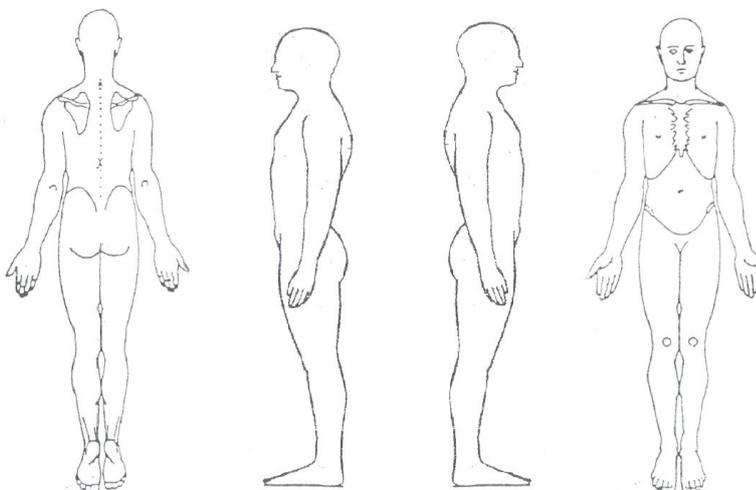
Il paziente ha subito esposizione a

- Acido Fluoridrico anidro  
 HF in soluzione \_\_\_\_\_% (specificare)  
 Altri fluoruri (specificare \_\_\_\_\_)

Data di esposizione \_\_\_\_\_ Ora dell'esposizione \_\_\_\_\_

Tipo di esposizione:  Pelle  Occhi  Inalazione  Ingestione

Area del corpo interessata dall'esposizione:



### TERAPIA SOMMINISTRATA (BARRARE LE CASELLE APPROPRIATE)

- |  |                   |
|--|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Lavaggio, decontaminazione della pelle                        | Durata _____ min. |
| <input type="checkbox"/> Lavaggio, decontaminazione degli occhi                        | Durata _____ min. |
| <input type="checkbox"/> Gel di calcio gluconato                                       | Durata _____ min. |
| <input type="checkbox"/> Lavaggio degli occhi con una soluzione di calcio gluconato 1% | Durata _____ min. |
| <input type="checkbox"/> Nebulizzazione di una soluzione di calcio gluconato 2,5%      | Durata _____ min. |
| <input type="checkbox"/> Mantenimento delle funzioni vitali                            | Durata _____ min. |
| <input type="checkbox"/> Altro ( specificare _____ )                                   | Durata _____ min. |

Tempo tra l'esposizione e la decontaminazione con acqua: \_\_\_\_\_ min.

Tempo tra la decontaminazione con acqua e successivo trattamento: \_\_\_\_\_ min.

- Medico  
 Infermiere/a  
 Addetto/a al primo soccorso

Nome e firma

Data \_\_\_\_\_ Ora \_\_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_

**Nota per l'addetto/a al primo soccorso:** ove possibile, il paziente deve sempre essere accompagnato da un medico o infermiere/a.

### PER ULTERIORI INFORMAZIONI MEDICHE

Telefono \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_