

SCHEDA DI RILEVAZIONE DEGLI INCIDENTI

STRUTTURA BALNEARE: SPIAGGIA LIBERA:	
LOCALITA':	
COMUNE: LOCALITA'	
DATA _____	ORARIO DELL'INCIDENTE _____
LUOGO INTERVENTO	<input type="checkbox"/> Spiaggia <input type="checkbox"/> Mare – distanza battigia metri.....
STATO DEL TEMPO	<input type="checkbox"/> BUONO <input type="checkbox"/> CATTIVO <input type="checkbox"/> VARIABILE TENDENTE AL MIGLIORAMENTO <input type="checkbox"/> VARIABILE TENDENTE AL PEGGIORAMENTO
STATO DEL MARE	<input type="checkbox"/> CALMO <input type="checkbox"/> POCO MOSSO <input type="checkbox"/> MOSSO <input type="checkbox"/> AGITATO
RESIDENZA ASSISTITO Comune. Stato se straniero.....	INIZIALI COGNONE INIZIALI NOME <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <input style="width: 30px; height: 30px; border: 2px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 30px; border: 2px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 30px; border: 2px solid black;" type="text"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input style="width: 30px; height: 30px; border: 2px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 30px; border: 2px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 30px; border: 2px solid black;" type="text"/> </div> </div>
SESSO: M F	ETA': _____
CAUSA INCIDENTE <input type="checkbox"/> TRAUMA (indicare parte del corpo) <input type="checkbox"/> ANNEGAMENTO <input type="checkbox"/> PRINCIPIO ANNEGAMENTO <input type="checkbox"/> DIFFICOLTA' A TORNARE A TERRA <input type="checkbox"/> SVENIMENTO <input type="checkbox"/> CONGESTIONE <input type="checkbox"/> FERITA DA TAGLIO <input type="checkbox"/> DOLORE AL TORACE <input type="checkbox"/> MAL DI TESTA <input type="checkbox"/> DOLORE ALL'ADDOME	<input type="checkbox"/> MEDUSA <input type="checkbox"/> PUNTURA DI PESCE <input type="checkbox"/> PUNTURA DI INSETTO <input type="checkbox"/> VOMITO <input type="checkbox"/> CRISI DI PANICO <input type="checkbox"/> EMORRAGIA <input type="checkbox"/> CONVULSIONI <input type="checkbox"/> ALTRO.....
ANNOTAZIONI (breve descrizione dell'evento) _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> GUARDIA COSTIERA <input type="checkbox"/> SERVIZIO 118 <input type="checkbox"/> ALTRO
Nome e Cognome assistente bagnante compilatore _____	FIRMA _____

La scheda deve essere inviata nel più breve tempo possibile alla Capitaneria di Porto di Viareggio al seguente indirizzo: so.cpviareggio@mit.gov.it oppure cpviareggio@mit.gov.it