



DETEÇÃO E ALERTA	Ocorrência	Entidade (sigla):	Meio:	Nº coordenação:	GESCORP nº:	Data: __ / __ / _____									
	Vítima	Local:	Residência	Trabalho	Escola	V Publica	Outro	Ida para o TO :							
		Freguesia:	Concelho:				Chegada ao TO :								
		Motivo:	Nº de vítimas:				Saída do TO :								
		Nome vítima:	Idade:				Chegada U. saúde :								
	Data Nascimento: / /	Género: M	F	Nº de Saúde:		Disponível: :									
	Residente	Turista	Proveniência:		NIF:		Km iniciais:								
	Língua:				OBS:		Km finais:								
HISTÓRIA	Circunstâncias:														
	Histórico de doença:														
	Alergias:														
	Medicação:														
	Última refeição:														
	Obs:														
AVALIÇÃO	Hora	AVDS GCS	VENTIL. Fr	SpO2 %	O2 Sup L/min	EtCO2 mmHg	PRESSÃO ARTERIAL Sistólica Diastólica	PULSO Fc	TPC Seg.	PUPILAS DTA(+/-) ESQ (+/-)		DOR 0 a 10	GLIC mg/dl	Temp. °C	NEWS / TAP 0 a 20 / 0 a 3
	:														
	:														
	:														
PRÉ SOCORRO E SOCORRO	Exame da Vítima, Procedimentos e terapêutica	SINAIS E SINTOMAS		PCR		VA / VENTILAÇÃO		CIRCULAÇÃO		INTERVENÇÕES		PROTOCOLOS			
		-----		Presenciada		Tubo orofaríngeo		Controlo Hemorr.		Imobilização Axial		VV AVC			
		-----		SBV/DAE :		Oxigénio		Penso		Imobilização de membros		VV Sépsis			
		-----		SAV :		Máscara laríngea		Torniquete		Desencarceramento		VV Trauma			
		-----		1º ritmo		Tubo Traqueal		Cinto Pélvico		Extração Controlada		VV Coronária			
		Fratura Contusão Ferida Hemorragia Dor Queimadura (*criança)		Nº Choques:		Ventilação Mec. Fr: Vc: FIO2:		Acesso venoso		Maca de vácuo		VV PCR			
				Recup: :		VNI: _____		Controlo de Temp.		Retirada capacete					
				Compress Mecân.		Penso torácico em janela		Susp. hemorragia oculta		Resgate					
				Susp. de Medidas :		_____		_____		Extração rápida					
				Não realizado		_____		_____		_____					
		Hora	FÁRMACO				Dose	VIA							
		:													
		:													
		:													
TRANSPORTE - HOSPITAL	Observações	NÃO TRANSPORTE	TRANSPORTE	1ário	2ário	TRANSMISSÃO DE DADOS		NÍVEL DE TRANSPORTE							
		Abandono do local	TO → Urgência Periférica			Hora :		A - Tripulante							
		Decisão médica	TO → Urgência Hospitalar			CIC-CROS		B - Enfermeiro							
		Recusou/Assinou	TO → Urgência privada			STAT		C - Médico + Enfermeiro							
		Morte	Outro:			EMIR									
		Desativação :	Valores Entregues:												
	Assinatura do Responsável do Meio:					N.º									



ESCALA DE NEWS (aplicável em não grávidas e idade > 16 anos) (Risco elevado de mortalidade se >3)

PONTUAÇÃO		*3	2	1	0	1	2	*3
PARÂMETRO FISIOLÓGICO	Freq Respiratória	≤ 8		9 - 11	12 - 20		21 - 24	≥ 25
	SPO2	≤ 91	92 - 93	94 - 95	≥ 96			
	O2 Suplementar		Sim		Não			
	Temperatura	≤ 35		35,1 - 36,0	36,1 - 38,0	38,1 - 39,0	≥ 39,1	
	Pressão Arterial Sistólica	≤ 90	91 - 100	101 - 110	111 - 219			≥ 220
	Frequência Cardíaca	≤ 40		41 - 50	51 - 90	91 - 110	111 - 130	≥ 131
Nível Consciência					A			V, D ou S

Avaliação NEWS	Pontuação	0	1-4	5-6 ou um item *3	≥ 7
	Gravidade	Nula	Verde - Manter vigilância	Amarelo - Informar STAT-SIC	Vermelho - Vítima Crítica Informar STAT / EMIR

ESCALA DE GLASGOW ATUALIZADA

Reação	OLHOS	VERBAL	MOTOR			
Tipo resposta	Espontânea	4	Orientada	5	A ordens	6
	Ao som	3	Confusa	4	Localiza a dor	5
	À pressão	2	Palavras	3	Flexão normal	4
	Ausente	1	Sons	2	Flexão anormal	3
	Não testável	NT	Ausente	1	Extensão	2
		Não Testável	NT	Ausente	1	
				Não testável	NT	

TRIÂNGULO DE AVALIAÇÃO PEDIÁTRICA

Triângulo de Avaliação Pediátrica			
Aplicável em idade < 16 anos / Escala de 0 a 3			
APARÊNCIA	Tónus muscular anormal	Sons Anormais	Pele pálida
	Não interage	Posição anormal	Pele marmoreada
	Difícil de consolar	Tiragem	Cianose
	Olhar anormal	Adejo nasal	
	Choro/discurso anormal	Apneia/gasping	
+1 se observados 1 ou mais campos	+1 se observados 1 ou mais campos	+1 se observados 1 ou mais campos	

ISBAR (Transição de informação na transmissão dos cuidados)

Identificação	Situação atual	Background	Avaliação	Recomendações
Profissional Nome/idade Vítima Motivo ocorrência	Descrição da clínica Principais alterações Sinais e sintomas	Histórico de doenças Medicação habitual Alergias	Emergência identificada Procedimentos realizados Protocolos instituídos	Recomendações Estudos/avaliações indicadas Proposta de tratamento

Escala de Dor



REGISTO DE TRANSPORTE SECUNDÁRIO		
Serviço de Origem:	Serviço de Transporte	Serviço Recetor
Hospital: _____ Serviço: _____ Contacto direto: _____ Médico: _____ Enf: _____ Data Saída: ___/___/___ Hora: _____	Hospital: _____ Serviço: _____ Contacto direto: _____ Médico: _____ Enf: _____ Tempo de transporte: _____	Hospital: _____ Serviço: _____ Contacto direto: _____ Médico: _____ Enf: _____ Data Chegada: ___/___/___ Hora: _____
Motivo do transporte/ Meios de transporte / OBS		

DECLARAÇÃO DE RECUSA | DECLARATION OF REFUSAL

(Quando sublinhado, risque o que não interessa)

Para os devidos efeitos, declaro ter sido informado(a) dos riscos inerentes à minha decisão de recusar o(s) procedimento(s) recomendados/transporte de ambulância e assumir toda a responsabilidade pelas eventuais consequências.

For the purposes stated, I hereby declare that I was informed of the inherent risks of my decision to refuse the recommended medical procedure(s)/ambulance transportation and take full responsibility for any consequences.

Nome do doente/representante legal | Name of the patient/legal representative

Documento de identificação/n.º | ID Document/n.º

Assinatura | Signature _____

Assinalar se identificação não confirmada por documento idóneo

DECLARAÇÃO DE RECUSA assinada em duplicado (original para entidade e duplicado para signatário).
Se não for possível assinatura, registar no campo informações e comunicar via rádio ao CIC-CROS