



EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

Registo Regional de PARAGEM CARDIORESPIRATÓRIA

DETEÇÃO E ALERTA	Entidade:		Meio:	Nº coorde:	Nº Gescorp:	Data:										
	Local:		Residência		Trabalho	Escola	V Publica	Outro	Ida para o TO	:						
	Freguesia:		Concelho:		Chegada ao TO		:									
	Motivo:		Nº de vítimas:		Saída do TO		:									
Vítima	Nome vítima:		Idade:		Cheg U. saúde		:									
	Data Nascimento: / /		Género:	M	F	Nº de Saúde:		Disponível:		:						
	Residente	Turista	Proveniência:		NIF:	Língua de contacto:										
Chamu	Circunstâncias:															
	Histórico de doença:															
	Alergias:															
	Medicação:															
	Última refeição:															
Avaliação	Hora	AVDS ECG	VENTIL. Fr	SpO2 %	O2 Sup L/min	EtCO2 mmHg	PRESSÃO ARTERIAL		PULSO Fc	TPC Seg.	PUPILAS		DOR 0 a 10	GLIC mg/dl	Temp. °C	NEWS / TAP 0 a 20 / 0 a 3
							Sistólica	Diastólica			DTA(+/-)	ESQ (+/-)				
	:															
	:															
SOCORRO	HORAS		Estim?	Real?	PCR Testemunhada ? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim											
	PCR	_____ : _____	0	0	Se sim, por quem? <input type="checkbox"/> Circunstantes <input type="checkbox"/> Equipa Emerg.											
	1º Pedido Socorro	_____ : _____	0	0	Motivo aparente da PCR ? <input type="checkbox"/> Cardíaco <input type="checkbox"/> Não Cardíaco											
	1ª Tentativa RCP	_____ : _____	0	0	Se Não Cardíaco											
	Tempo PCR – RCP	_____ min	0	0	<input type="checkbox"/> Respiratório <input type="checkbox"/> Intoxicação <input type="checkbox"/> Trauma											
	1ª análise de ritmo	_____ : _____	0	0	<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Submersão <input type="checkbox"/> Outra: _____											
	1º Choque	_____ : _____	0	0	RCP antes da chegada da equipa ? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim											
	Início SAV	_____ : _____	0	0	Se sim, que manobras? <input type="checkbox"/> Compressões <input type="checkbox"/> Insuflações											
	Recup Circ Esp	_____ : _____	0	0	<input type="checkbox"/> DAE - Ritmo <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 											
	Susp. Reanim.	_____ : _____	0	0												
Dados sobre a PCR	Manobras RCP realizadas pela equipa?					Primeira Avaliação										
	<input type="checkbox"/> NÃO, Motivo:					Consciente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não										
	<input type="checkbox"/> Manobras não indicadas					Tinha sinais de vida? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não										
	<input type="checkbox"/> Outro: _____															
RESULTADO	<input type="checkbox"/> SIM					Resultado da reanimação?										
	<input type="checkbox"/> Ventilação					Recup. da circulação > 30 seg? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não										
	<input type="checkbox"/> Compressões					Faleceu no local / Durante Transporte? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não										
	<input type="checkbox"/> DAE – Choque? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					Transporte: <input type="checkbox"/> Com sinais de vida										
<input type="checkbox"/> Fármacos <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					<input type="checkbox"/> Em manobras SBV											
OBS:																
Assinatura do Responsável do Meio:																
N.º: _____																