

DETEÇÃO E ALERTA	Ocorrência	Entidade: <b>BVM</b>	Meio: <b>ABSC 12</b>	Nº Coord: <b>20221xxxxxxxx51</b>	Nº Gescorp: <b>8119025</b>	Data: <b>12 / 11 / 2022</b>
	Vítima	Local: <b>Morada, local e/ou pontos de referência</b>	Residência: <input checked="" type="checkbox"/> Trabalho	Escola: <input type="checkbox"/> Pública	Outro: <input type="checkbox"/>	Ida para o TO: <b>12 : 04</b>
		Freguesia: <b>Santa Maria Maior</b>	Concelho: <b>Funchal</b>	Chegada ao TO: <b>12 : 14</b>		
		Motivo: <b>Motivo de ativação do meio</b>	Nº de vítimas: <b>1</b>	Saída do TO: <b>12 : 21</b>		
		Nome vítima: <b>Motivo de ativação do meio</b>	Idade: <b>46</b>	Chegada U. saúde: <b>12 : 34</b>		
		Data Nascimento: <b>xx / xx / xxxx</b>	Género: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nº de Saúde: <b>796xxx9876</b>	Disponível: <b>12 : 40</b>	
		Res: <input checked="" type="checkbox"/> Turista	Proveniência: <b>Pais de Residencia</b>	NIF: <b>22XXXXXX6567</b>	Língua de contacto: <b>PT/ING/FRA</b>	

Chamado	Circunstâncias: <b>Descreva as doenças conhecidas</b>
	Histórico de doença: <b>Indique alergias / episódios conhecidos ou indicar "Desconhece"</b>
	Alergias: <b>Indique alergias / episódios conhecidos ou indicar "Desconhece"</b>
	Medicação: <b>Enumere a terapêutica habitual</b>
	Última refeição: <b>Indique, se adequado, hora e refeição consumida</b>
OBS: <b>Descreva outras informações que considere importantes e adequadas à situação</b>	

Avaliação	Hora	AVDS	VENTIL.	SpO2	O2 Sup	EtCO2	PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TPC	PUPILAS		DOR	GLIC	Temp.	NEWS / TAP
		ECC	Fr	%	L/min	mmHg	Sistólica	Diastólica	Fc	Seg.	DTA(+/-)	ESQ(+/-)	0 a 10	mg/dl	°C	0 a 20 / 0 a 3
	12:16	A	19	91	-		170	65	87	2	3+	3+	4	112	NORM	3
	12:25	A	14	97	3		151	67		1	3+	3+	3		36,8	3
	:	A ESCALA NEWS só pode ser calculada com todas as variáveis avaliada (sombreadas a negro)														

SOCORRO	Exame da Vítima, Procedimentos e terapêutica	SINAIS E SINTOMAS	PCR	VA / VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	INTERVENÇÕES	PROTOCOLOS	
		Descreva os sinais e sintomas identificados na avaliação. Assinale na imagem em baixo a tipologia e localização das lesões / queixas usando a legenda.	Presenciada	Tubo orofaríngeo	Controlo Hemorr.	Imobilização axial	VV AVC	
			SBV/DAE : Oxigénio	<input checked="" type="checkbox"/> Penso	Imobilização de membros	<input checked="" type="checkbox"/> VV Sepsis		
			SAV : Máscara laríngea	Tomiquete	Desencarceramento	VV Trauma		
			1º ritmo	Tubo Traqueal	Cinto Pélvico	Extração Controlada	VV Coronária	
		Fractura <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Ferida <input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> 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 occulta	Resgate		
			Susp de Medidas :		Extração rápida			
			Obs:					
		<b>Hora</b>	<b>FÁRMACO</b>	<b>Dose</b>	<b>VIA</b>			
		:	Preencha apenas quando administrado pela própria equipa					
		:						
		:						

TRANSPORTE - HOSPITAL	Observações	- Este espaço serve para observações relevantes e que complementem a avaliação registada.	NÃO TRANSPORTE	TRANSPORTE	1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>	TRANSMISSÃO DE DADOS	NÍVEL DE TRANSPORTE
		- Registe tudo o que for avaliado pela equipa de forma legível.	Abandono do local	TO → Urgência Periférica	<input checked="" type="checkbox"/>	Hora: <b>12 : 17</b>	A - Tripulantes
		- Trace os campos que não forem preenchidos.	Decisão médica	TO → Urgência Hospitalar		CIC-CROS	B - Enfermeiro
		- só precisa circundar as opções escritas a cinza.	Recusou/Assinou	TO → Urgência privada		STAT	C - Médico + Enfermeiro
		- A imagem apresenta a % para calcular a extensão de uma queimadura no adulto e na criança.	Morte	Outro:		EMIR	
			Desativação :	Valores Entregues:	<b>Carteira, telemóvel e adornos (relógio, aliança)</b>		
	Assinatura do Responsável do Meio:	<b>Nome Profissional</b>			N.º	<b>23XX</b>	

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	

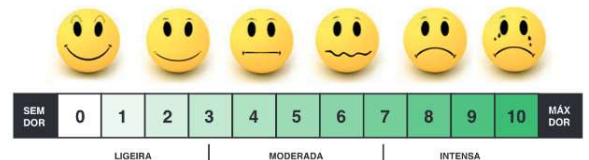
TRIÂNGULO DE AVALIAÇÃO PEDIÁTRICA

Triângulo de Avaliação Pediátrica			
Aplicável em idade < 16 anos / Escala de 0 a 3			
APARÊNCIA	Tónus muscular anormal	Sons Anormais	CIRCULAÇÃO
	Não interage	Posição anormal	
	Difícil de consolar	Tiragem	
	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: _____	Entidade: _____	Hospital: _____
Serviço: _____	Nº meio: _____	Serviço: _____
Contacto direto: _____	Contacto direto: _____	Contacto direto: _____
Médico: _____	Tripul resp: _____	Médico: _____
Enf: _____	Enf: _____	Enf: _____
Data Saída: ___/___/___ Hora: ___	Tempo de transporte ___:___	Data Chegada: ___/___/___ Hora: ___
<b>Motivo do transporte/ Meios de transporte / OBS</b>		
Perante transporte secundário, deverá ser registado o campo da identificação da vítima e uma avaliação de sinais vitais		

### 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 (original para o SRPC).