

OCORRÊNCIA	Entidade		Meio		Nº Evento											
	Motivo				Nº Vítimas											
	Local				Caminho do local :											
	Freguesia		Concelho		Chegada à vítima :											
IDENTIFICAÇÃO	Nome				Caminho U. Saúde :											
	Nascimento / /		Idade	Sexo	M	F	Nº SNS									
	Residência				Disponível :											
AVALIAÇÃO	Hora hh:mm	AVDS GCS	Vent. cpm	SpO2 %	O2 Sup l/min	EtCO2 mmHg	Pulso bpm	ECG ver verso	P. Arterial Sistólica	P. Arterial Diastólica	Pele	Temp. °C	Pupilas	Dor 0 a 10	Glicemia mg/dl	NEWS/TAP 0 a 18 / 0 a 3
	:															
	:															
	:															
HISTORIAL CLÍNICO	Circunstâncias															
	Histórico de doenças															
	Alergias															
	Medicação habitual															
	Última refeição								Situação de risco							
EXAME DA VÍTIMA, PROCEDIMENTOS E TERAPÉUTICA	SINAIS E SINTOMAS				RCP		VA / Ventilação		Circulação		Protocolos		Escalas			
					Presenciada		Desobstrução		Controlo Temp.		Imobilização		Cincinatti			
					SBV/DAE :		T. Orofaringeo		Controlo Hemo.		VV AVC		PROACS			
					SIV/SAV :		T. Laríngeo		Penso		VV Coronária		RTS			
					1º Ritmo ⚡ ✕		Másc. laríngea		Torniquete		VV Sépsis		MGAP			
					Nº Choque(s)		T. Endotraqueal		Cinto Pélvico		VV Trauma		RACE			
					Recup. :		Vent. Mecânica		Acesso venoso		VV PCR					
					Susp. :		CPAP									
					C. Mecânicas						TEPH					
					Não realizado						SIV					
				# FRATURA CONTUSÃO FERIDA HEMORRAGIA DOR QUEIMADURA *CRIANÇA												
				Hora		FÁRMACO				Dose		Via		Ef. Adv.		
				:												
				:												
				:												
				:												
OBSERVAÇÕES					NÃO TRANSPORTE		TRANSPORTE		Primário		Secundário					
					Abandonou o local		Acompanhamento médico									
					Decisão médica		Unidade de Saúde de origem									
					Morte											
					Recusou e assinou		S N		Unidade de Saúde de destino							
					Desativação				Episódio nº.							
				Tipo de emergência		Assinatura resp. meio / N°										

RACE (eventual necessidade de tromboectomia se ≥5)

	ESQUERDA	DIREITA	VALOR
Paresia facial	Ausente	Ausente	0
	Ligeira	Ligeira	1
	Moderada/severa	Moderada/severa	2
Paresia MS	Ausente/Ligeiro (>10seg)	Ausente/Lig (>10seg)	0
	Moderada (<10seg)	Moderada (<10seg)	1
	Severa (não levanta)	Severa (não levanta)	2
Paresia MI	Ausente/Ligeiro (>5seg)	Ausente/Ligeiro (>5seg)	0
	Moderada (<5seg)	Moderada (<5seg)	1
	Severa (não levanta)	Severa (não levanta)	2
Desvio oculocefálico	Direito ausente	Esquerdo ausente	0
	Direito presente	Esquerdo presente	1
Agnosia Afasia	Reconhece o braço E o déficit	Afasia obedece a 2 ordens	0
	Não reconhece o braço OU o déficit	Afasia obedece a 1 ordens	1
	Não reconhece NEM braço NEM o déficit	Não executa ordens	2

ESCALA DE COMA DE GLASGOW ATUALIZADA

OLHOS		VERBAL		MOTOR	
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

ESCALA DE CINCINNATI (positivo de 1 a 3)

ALTERAÇÃO	SIM	NÃO
Paresia facial	1	0
Queda de membro superior	1	0
Alteração na fala	1	0

ISBAR (transição de informação na transmissão de cuidados)

I DENTIFICAÇÃO	Profissional de saúde Nome e idade da vítima Situação que motivou a ocorrência
S ITUAÇÃO ATUAL	Descrição da condição clínica Principais alterações Sinais e sintomas
B ACKGROUND	Histórico de doenças Medicação habitual Alergias
A VALIAÇÃO	Tipo de emergência identificada Procedimentos realizados Protocolos instituídos
R ECOMENDAÇÕES	Recomendações Estudos ou avaliações indicadas Proposta de tratamento

NEWS (aplicável a não grávidas e idade ≥16 anos, risco elevado de mortalidade se ≥3)

PARÂMETRO FISIOLÓGICO	3 vermelho	2 amarelo	1 verde	0	1 verde	2 amarelo	3 vermelho
FREQUÊNCIA 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 DE CONSCIÊNCIA				A			V,D ou S

TRIÂNGULO DE AVALIAÇÃO PEDIÁTRICA (aplicável em idade <16 anos em escala de 0 a 3)

A PARÊNCIA (+1 se observado um ou mais campos)	Tonús muscular anormal	E SFORÇO RESPIRATÓRIO (+1 se observado um ou mais campos)	Sons anormais	C IRCULAÇÃO (+1 se observado um ou mais campos)	Pele pálida
	Não interage		Posição tripé/anormal		Pele marmoreada
	Difícil de consolar		Tiragem		Cianose
	Olhar anormal		Adejo nasal		
	Choro / Discurso anormal		Apneia/Gasping		

VIA VERDE SEPSIS (suspeita de VVS se ≥1 em cada um dos quatro campos)

TEMPERATURA	SUSPEITA DE INFEÇÃO	INFLAMAÇÃO
< 35 °C	1 Cefaleia	1 AVDS
≥ 38 °C	1 Alteração de consciência	1 FC > 90 bpm
SIGLA ECCG	1 Dispneia / Tosse	1 FR > 22 cpm
	1 Dor abdominal	
	1 Ictericia	G RAVIDADE
	1 Disúria / Polaquiúria	1 Lactato > 2 mmol/L
	1 Dor lombar	1 TAS < 90 mmHg
AV3 RJ	1 Sinais inflamatórios cutâneos	1 PaO2 < 60 mmHg
BRD RI	1 Critério do clínico responsável	1 SatO2 < 90%
BRE RS	M GAP (referenciação a centro de trauma se <18)	
ESV SST	M ECANISMO LESÃO	I DADE
EV TSV	Penetrante	0 <60 5
FA TV	Fechado	4 >60 0
		3 a 15
		60-123 3 18-22 médio
		<60 0 <18 alto

RTS (referenciação a centro de trauma se ≤10)

GCS		FR (cpm)		PAS (mmHg)	
13 a 15	4	10 a 29	4	> 89	4
9 a 12	3	> 29	3	76 a 89	3
6 a 8	2	6 a 9	2	50 a 75	2
4 a 5	1	1 a 5	1	1 a 49	1
3	0	0	0	0	0

ESCALA PROACS (risco elevado de mortalidade se ≥3)

I DADE	< 72	0
	≥ 72	1
T AS (mmHg)	< 116	1
	≥ 116	0
C LASSE DE KILLIP	1	0
	2	1
	3	1
	4	3
E LEVAÇÃO DE ST	sim	1
	não	0

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

/ /