

OCORRÊNCIA	Entidade Nome da entidade que presta o socorro	Meio Identificação do meio de socorro	Nº Evento Nº CODU / saída																																																																
	Motivo Motivo de acionamento do meio de socorro	Nº Vítimas 1	dd / mm / aaaa																																																																
	Local Identificação do local, morada e/ou pontos de referência	Caminho do local	:																																																																
IDENTIFICAÇÃO	Freguesia	Concelho	Chegada à vítima																																																																
	Nome Nome completo do doente/vítima	Caminho U. Saúde																																																																	
	Nascimento dd / mm / aaaa	Idade 55	Sexo M F	Nº SNS																																																															
AVALIAÇÃO	Residência Morada de residência oficial completa. Se igual à da ocorrência, indicar "local de ocorrência"		Chegada U. Saúde																																																																
	Disponível		:																																																																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Hora hh:mm</th> <th>AVDS GCS</th> <th>Vent. cpm</th> <th>SpO2 %</th> <th>O2 Sup l/min</th> <th>EtCO2 mmHg</th> <th>Pulso bpm</th> <th>ECG ver verso</th> <th>P. Arterial Sistólica</th> <th>P. Arterial Diastólica</th> <th>Pele</th> <th>Temp. °C</th> <th>Pupilas</th> <th>Dor 0 a 10</th> <th>Glicemia mg/dl</th> <th>NEWS/TAP 0 a 18 / 0 a 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>14 : 51</td> <td>A</td> <td>16</td> <td>98</td> <td>3</td> <td>7</td> <td>97</td> <td>7</td> <td>148</td> <td>82</td> <td>s.a.</td> <td>36,8</td> <td>s.a.</td> <td>7</td> <td>107</td> <td>3/18</td> </tr> <tr> <td>:</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>:</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	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	14 : 51	A	16	98	3	7	97	7	148	82	s.a.	36,8	s.a.	7	107	3/18	:																:																	
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																																																				
14 : 51	A	16	98	3	7	97	7	148	82	s.a.	36,8	s.a.	7	107	3/18																																																				
:																																																																			
:																																																																			
HISTÓRICO CLÍNICO	Circunstâncias Descrever cinemática, fator(es) desencadeante(s), testemunhos, ...																																																																		
	Histórico de doenças Indicar as doenças conhecidas mais revelantes																																																																		
	Alergias Indicar alergias/episódios conhecidos ou referir que "Desconhece"																																																																		
	Medicação habitual Enumerar a terapêutica habitual do doente/vítima																																																																		
Última refeição Indicar hora e refeição consumida se possível e/ou adequado		Situação de risco Descrever maus tratos, condição social, ...																																																																	
EXAME DA VÍTIMA, PROCEDIMENTOS E TERAPÊUTICA	SINAIS E SINTOMAS		RCP	VA / Ventilação	Circulação	Protocolos	Escalas																																																												
	Descrever os sinais e sintomas identificados na avaliação, complementando na imagem em baixo conforme os exemplos.		Presenciada	Desobstrução	Controlo Temp.	Imobilização	Cincinnati																																																												
			SBV/DAE	T. Orofaringeo	Controlo Hemo.	VV AVC	PROACS																																																												
			SIV/SAV	T. Laringeo	Penso	VV Coronária	RTS																																																												
			1º Ritmo	Másc. laríngea	Torniquete	VV Sepsis	MGAP																																																												
			Nº Choque(s)	T. Endotraqueal	Cinto Pélvico	VV Trauma	RACE																																																												
			Recup.	Vent. Mecânica	Acesso venoso	VV PCR																																																													
			Susp.	CPAP	Acesso IO																																																														
			C. Mecânicas			TEPH																																																													
			Não realizado			SIV	Indicar protocolo utilizado																																																												
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Hora</th> <th>FÁRMACO</th> <th>Dose</th> <th>Via</th> <th>Ef. Adv.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>:</td> <td>Preencher de forma legível</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>:</td> <td></td> <td>7</td> <td>7</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>:</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Hora	FÁRMACO	Dose	Via	Ef. Adv.	:	Preencher de forma legível				:		7	7	7	:																																																
Hora	FÁRMACO	Dose	Via	Ef. Adv.																																																															
:	Preencher de forma legível																																																																		
:		7	7	7																																																															
:																																																																			
		NÃO TRANSPORTE	X	TRANSPORTE	Primário	Secundário																																																													
OBSERVAÇÕES	Indicar tudo o que seja relevante para o caso e não tenha sido descrito nos campos anteriores. Os exemplos dados pretendem ilustrar o preenchimento individual dos campos e não devem ser considerados pelo conjunto.		Abandonou o local	Acompanhamento médico																																																															
	Trace os campos que não forem preenchidos, lembre-se que em caso de recusa de tratamento/transporte o doente fica com cópia deste documento.		Decisão médica	Unidade de Saúde de origem																																																															
			Morte	Caso se aplique																																																															
			Recusou e assinou S N	Unidade de Saúde de destino																																																															
			Desativação																																																																
			Outro motivo	Episódio nº. Referente à Unid. Saúde																																																															
Tipo de emergência Condição clínica ou hipótese de diagnóstico		Assinatura resp. meio / Nº		Assinatura responsável / nº profissional																																																															

RACE (eventual necessidade de trombectomia 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	Direto 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

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

GRAVIDADE	0	Nula	1, 2 ou 4 verde	Baixa	≥5 ou 3 amarelo	Moderada	≥7 vermelho	Elevada
-----------	---	------	--------------------	-------	--------------------	----------	----------------	---------

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

APARÊNCIA (+1 se observado um ou mais campos)	Tonús muscular anormal	ESFORÇO RESPIRATÓRIO (+1 se observado um ou mais campos)	Sons anormais	CIRCULAÇÃO (+1 se observado um ou mais campos)	Pele pálida
	Não interage		Posição tripé/anormal		Pele marmorada
	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
SIGLAS ECG	1 Dispneia / Tosse	1 FR > 22 cpm
	1 Dor abdominal	
ASS FLA	1 Icterícia	GRAVIDADE
AV1 FV	1 Disúria / Polaquiúria	1 Lactato > 2 mmol/L
AV2 IST	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	MGAP (referenciação a centro de trauma se <18)	
ESV SST	MECANISMO LESÃO	GRAVIDADE
EV TSV	Penetrante	0 <60 5
FA TV	Fechado	4 >60 0
		3 a 15
		60-123 3
		<60 0 <18
		23-29 baixo
		18-22 médio
		alto

ESCALA DE COMA DE GLASGOW ATUALIZADA

OLHOS	VERBAL	MOTOR
Espontânea	4 Orientada	5 A ordens
Ao som	3 Confusa	4 Localiza a dor
À Pressão	2 Palavras	3 Flexão normal
Ausente	1 Sons	2 Flexão anormal
Não testável	NT Ausente	1 Extensão
	Não testável	NT Ausente
		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 IDENTIFICAÇÃO	Profissional de saúde Nome e idade da vítima Situação que motivou a ocorrência
S SITUAÇÃO ATUAL	Descrição da condição clínica Principais alterações Sinais e sintomas
B BACKGROUND	Histórico de doenças Medicação habitual Alergias
A VALIAÇÃO	Tipo de emergência identificada Procedimentos realizados Protocolos instituídos
R RECOMENDAÇÕES	Recomendações Estudos ou avaliações indicadas Proposta de tratamento

RTS (referenciação a centro de trauma se ≤10)

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

ESCALA PROACS (risco elevado de mortalidade se ≥3)

IDADE	< 72	0
	≥ 72	1
TAS (mmHg)	< 116	1
	≥ 116	0
CLASSE DE KILLIP	1	0
	2	1
	3	1
	4	3
ELEVAÇÃO 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

Identifique a condição do signatário riscando o que não interessa e escrevendo o nome completo.

Indique o tipo de documento e respetivo número

Assinatura | Signature

Conforme consta no documento apresentado.

Assinalar se identificação não confirmada por documento idóneo

dd / mm / aaaa