

# HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

DIVULGAR P/ IMPRENSA: ☐ SIM ☐ NÃO

## PROCEDIMENTOS EFETUADOS

<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO	<input type="checkbox"/> ENCRAVAMENTO	<input type="checkbox"/> MACA SOBRE RODAS	<input type="checkbox"/> USO KED
<input type="checkbox"/> AVALIAÇÃO INICIAL	<input type="checkbox"/> OCULAR	<input type="checkbox"/> MACA RÍGIDA	<input type="checkbox"/> USO TTF
<input type="checkbox"/> AVALIAÇÃO DIRIGIDA	<input type="checkbox"/> QUEIMADURA	<input type="checkbox"/> PONTE	<input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO SUPORTE
<input type="checkbox"/> AVALIAÇÃO CONTINUADA	<input type="checkbox"/> SIMPLES	<input type="checkbox"/> RETIRADO CAPACETE	<input type="checkbox"/> OXIGENIOTERAPIA LPM
<input type="checkbox"/> CHAVE DE RAUTEK	<input type="checkbox"/> 3 PONTAS	<input type="checkbox"/> R.C.P.	<input type="checkbox"/> REANIMADOR LPM
<input type="checkbox"/> CÂNULA DE GUEDEL	<input type="checkbox"/> IMOBILIZAÇÕES	<input type="checkbox"/> ROLAMENTO 90°	<input type="checkbox"/> MEIOS AUXILIARES
<input type="checkbox"/> DESOBSTRUÇÃO DE V.A.	<input type="checkbox"/> MEMBRO INF. DIR.	<input type="checkbox"/> ROLAMENTO 180°	<input type="checkbox"/> CELESC <input type="checkbox"/> POLÍCIA
<input type="checkbox"/> EMPRÉGO DO D.E.A.	<input type="checkbox"/> MEMBRO INF. ESQ.	<input type="checkbox"/> TOMADA DECISÃO	<input type="checkbox"/> DEF. CIVIL <input type="checkbox"/> CIVIL
<input type="checkbox"/> GERENCIAMENTO DE RISCOS	<input type="checkbox"/> MEMBRO SUP. DIR.	<input type="checkbox"/> TRATADO CHOQUE	<input type="checkbox"/> IGP / PC <input type="checkbox"/> MILITAR
<input type="checkbox"/> LIMPEZA DE FERIMENTO	<input type="checkbox"/> MEMBRO SUP. ESQ.	<input type="checkbox"/> USO DE CÂNULA	<input type="checkbox"/> PRE <input type="checkbox"/> PRF
<input type="checkbox"/> CURATIVOS	<input type="checkbox"/> QUADRIL	<input type="checkbox"/> USO COLAR TAM. _____	<input type="checkbox"/> SAMU <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> USB
<input type="checkbox"/> COMPRESSIVO	<input type="checkbox"/> CERVICAL		<input type="checkbox"/> CIT <input type="checkbox"/>

## ANAMNESE DA EMERGÊNCIA MÉDICA

O QUE ACONTECEU (SINAIS E SINTOMAS)

ACONTECEU OUTRAS VEZES ☐ SIM ☐ NÃO

A QUANTO TEMPO ISTO ACONTECEU? \_\_\_\_\_

POSSUI ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE? ☐ SIM ☐ NÃO

QUAIS? \_\_\_\_\_

FAZ USO DE MEDICAÇÃO ☐ SIM ☐ NÃO HORÁRIO DA ÚLTIMA MEDICAÇÃO: \_\_\_\_\_

QUAIS? \_\_\_\_\_

ALÉRGICO A ALGUMA COISA? ☐ SIM ☐ NÃO

SE SIM, ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

INGERIU ALIMENTO OU LÍQUIDO ≥ 6 HORAS: ☐ SIM ☐ NÃO QUE HORAS? \_\_\_\_\_

## ANAMNESE GESTACIONAL

PERÍODO DA GESTAÇÃO \_\_\_\_\_

FEZ PRÉ-NATAL? ☐ SIM ☐ NÃO NOME DO MÉDICO \_\_\_\_\_

EXISTE POSSIBILIDADE DE COMPLICAÇÕES? ☐ SIM ☐ NÃO

É O PRIMEIRO FILHO? ☐ SIM ☐ NÃO QUANTOS? \_\_\_\_\_

QUE HORAS INICIARAM AS CONTRAÇÕES? \_\_\_\_\_

TEMPO DAS CONTRAÇÕES: DURAÇÃO: \_\_\_\_\_ INTERVALO: \_\_\_\_\_

SENTE PRESSÃO NA REGIÃO DO QUADRIL OU VONTADE DE EVACUAR? ☐ SIM ☐ NÃO

JÁ HOUVE RUPTURA DA BOLSA? ☐ SIM ☐ NÃO

FOI FEITO INSPEÇÃO VISUAL? ☐ SIM ☐ NÃO

PARTO REALIZADO? ☐ SIM ☐ NÃO HORA DO NASCIMENTO: \_\_\_\_\_

SEXO DO BEBÊ: ☐ FEM ☐ MAS NOME DO BEBÊ: \_\_\_\_\_

## AVALIAÇÃO DA CINEMÁTICA

DISTÚRBO DE COMPORTAMENTO ☐ SIM ☐ NÃO

ENCONTRADO DE CAPACETE ☐ SIM ☐ NÃO CAMINHANDO NA CENA ☐ SIM ☐ NÃO

ENCONTRADO DE CINTO ☐ SIM ☐ NÃO PAINEL AVARIADO ☐ SIM ☐ NÃO

PARA-BRISAS AVARIADO ☐ SIM ☐ NÃO VOLANTE TORCIDO ☐ SIM ☐ NÃO

## RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

FICHA: \_\_\_\_\_ FIBRA \_\_\_\_\_

## MATERIAIS UTILIZADOS DESCARTÁVEL

## MATERIAIS UTILIZADOS DEIXADO NO HOSPITAL

MATERIAL	QUANT.	MATERIAL	QUANT.	MATERIAL	QUANT.	MATERIAL	QUANT.
<input type="checkbox"/> ATADURAS ( 5 ( ) 12 ( ) 20		<input type="checkbox"/> MANTA ALUMINIZADA		<input type="checkbox"/> BASE DO ESTABILIZA.		<input type="checkbox"/> T.T.F. ( ) ADUL. ( ) INF.	
<input type="checkbox"/> CATETER TP. OCÚLOS		<input type="checkbox"/> PÁS DO DEA		<input type="checkbox"/> COLAR ( ) N ( ) PP ( ) P		<input type="checkbox"/> TIRANTE ARANHA	
<input type="checkbox"/> COMPRESSA COMUM		<input type="checkbox"/> Sonda de ASPIRAÇÃO		<input type="checkbox"/> COLAR ( ) M ( ) G ( )		<input type="checkbox"/> TIRANTE DE CABEÇA	
<input type="checkbox"/> KIT'S ( ) M ( ) P ( ) Q		<input type="checkbox"/> SORO FISIOLÓGICO		<input type="checkbox"/> COXINS ESTABILIZA.		<input type="checkbox"/> CÂNULA	
<input type="checkbox"/> LUVAS DESC. (PARES)		<input type="checkbox"/> TALAS PAP. ( ) P ( ) G		<input type="checkbox"/> KED ( ) ADUL. ( ) INF.			
<input type="checkbox"/> MÁSCARA DESC.				<input type="checkbox"/> MACA RÍGIDA			

## TERMO DE RECUSA DE ATENDIMENTO E/OU TRANSPORTE

## OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

EU \_\_\_\_\_

PORTADOR DA CARTEIRA DE IDENTIDADE RG Nº \_\_\_\_\_

INSCRITO NO CPF SOB Nº \_\_\_\_\_

NA QUALIDADE DE VÍTIMA/PACIENTE, USANDO DOS DIREITOS QUE ALEI ME GARANTE, ME RECUSO NESTE ATO O ATENDIMENTO E/OU TRANSPORTE OFERECIDO PELOS BOMBEIROS VOLUNTÁRIOS DE GUARAMIRIM/SC, E ASSUMO, INDIVIDUALMENTE A RESPONSABILIDADE PELAS CONSEQUÊNCIAS QUE POSSAM OCORRER POR RAZÃO DA MINHA RECUSA. DECLARO QUE FUI DEVIDAMENTE INFORMADO SOBRE O PROCEDIMENTO PELO QUAL EU DEVERIA ME SUBMETER, E ALERTADO SOBRE OS RISCOS À SAÚDE DA SUA NÃO REALIZAÇÃO.

ASS: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHA: \_\_\_\_\_

DOC: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHA: \_\_\_\_\_

DOC: \_\_\_\_\_

GUARAMIRIM DE DE 20 \_\_\_\_\_





## SINAIS E SINTOMAS

- |  |  |                                     |                                       |
|--|--|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ABDOMEM SENSÍVEL OU RÍGIDO              | <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA                                  | <input type="checkbox"/> INTERNA    | <input type="checkbox"/> EXTERNA      |
| <input type="checkbox"/> AFUNDAMENTO DE CRÂNIO                   | <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO                                 |                                     |                                       |
| <input type="checkbox"/> AGITAÇÃO                                | <input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO                                  |                                     |                                       |
| <input type="checkbox"/> AMNÉSIA                                 | <input type="checkbox"/> NAUSEAS E VÔMITOS                           |                                     |                                       |
| <input type="checkbox"/> ANGINA DE PEITO                         | <input type="checkbox"/> NASORRAGIA                                  |                                     |                                       |
| <input type="checkbox"/> APINÉIA                                 | <input type="checkbox"/> ÓBITO                                       |                                     |                                       |
| <input type="checkbox"/> BRADICARDIA                             | <input type="checkbox"/> OTORREIA                                    |                                     |                                       |
| <input type="checkbox"/> BRADIPNÉIA                              | <input type="checkbox"/> OTORRAGIA                                   |                                     |                                       |
| <input type="checkbox"/> BRONCO-ASPIRANDO                        | <input type="checkbox"/> O.V.A.C.E                                   | <input type="checkbox"/> CARDÍACA   | <input type="checkbox"/> RESPIRATORIA |
| <input type="checkbox"/> CEFALÉIA                                | <input type="checkbox"/> PARADA                                      |                                     |                                       |
| <input type="checkbox"/> CIANOSE <input type="checkbox"/> LÁBIOS | <input type="checkbox"/> PRIAPISMO                                   |                                     |                                       |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> EXTREMIDADES   | <input type="checkbox"/> PRURIDO NA PELE                             |                                     |                                       |
| <input type="checkbox"/> CONVULSÃO                               | <input type="checkbox"/> PUPILAS <input type="checkbox"/> ANISOCÓRIA |                                     |                                       |
| <input type="checkbox"/> DECORTICAÇÃO                            | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ISOCÓRIA           |                                     |                                       |
| <input type="checkbox"/> DEFORMIDADE                             | <input type="checkbox"/> MORRISE <input type="checkbox"/> PRESENTE   |                                     |                                       |
| <input type="checkbox"/> DESCEREBRAÇÃO                           | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOSE               | <input type="checkbox"/> R REAGENTE |                                       |
| <input type="checkbox"/> DESMAIO                                 | <input type="checkbox"/> SEDE  |                                     |                                       |
| <input type="checkbox"/> DESVIO DE TRAQUEIA                      | <input type="checkbox"/> SINAL DE RATTLE                             |                                     |                                       |
| <input type="checkbox"/> DISPNEIA                                | <input type="checkbox"/> SINAL DE GUAINIM                            |                                     |                                       |
| <input type="checkbox"/> DOR LOCAL                               | <input type="checkbox"/> SUDORESE                                    |                                     |                                       |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> GENERALIZADO   | <input type="checkbox"/> TAQUIPNÉIA                                  |                                     |                                       |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LOCALIZADO     | <input type="checkbox"/> TAQUICÁRDIA                                 |                                     |                                       |
| <input type="checkbox"/> ENFISEMA SUBCUTÂNEO                     | <input type="checkbox"/> TONTURA                                     |                                     |                                       |
| <input type="checkbox"/> ÊSTASE DE JUGULAR                       |  |                                     |                                       |
| <input type="checkbox"/> FACE PÁLIDA                             |  |                                     |                                       |

#### AVALIAÇÃO DO PACIENTE (GLASGOW)

## NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

	MAIORES DE 5 ANOS		MENORES DE 5 ANOS	
ABERTURA OCULAR	ESPONTÂNEA	4	ESPONTÂNEA	4
	COMANDO VERBAL	3	COMANDO VERBAL	3
	ESTÍMULO DOLOROSO	2	ESTÍMULO DOLOROSO	2
	NENHUMA	1	NENHUMA	1
RESPOSTA VERBAL	ORIENTADO	5	PALAVRAS E FRASE APROPRIADAS	5
	CONFUSO	4	PALAVRAS INAPROPRIADAS	4
	PALAVRAS INAPROPRIADAS	3	CHORO PERSISTENTE OU GRITOS	3
	PALAVRAS INCOMPREENSÍVEIS	2	SONS INCOMPREENSÍVEIS	2
	NENHUMA	1	NENHUMA RESPOSTA VERBAL	1
RESPOSTA MOTORA	OBEDECE COMANDOS	5	OBEDECE PRONTAMENTE	5
	LOCALIZA DOR	5	LOCALIZA DOR OU ESTÍMULO TÁTIL	5
	MOVIMENTO DE RETIRADA	4	RETIRADA DO SEGMENTO ESTIMULADO	4
	FLEXÃO ANORMAL	3	FLEXÃO ANORMAL (DECORTICAÇÃO)	3
	EXTENSÃO ANORMAL	2	EXTENSÃO ANORMAL (DECEREBRAÇÃO)	2
	NENHUMA	1	AUSÊNCIA (PARALISIA FLÁCIDA, HIPOTÔNIA)	1

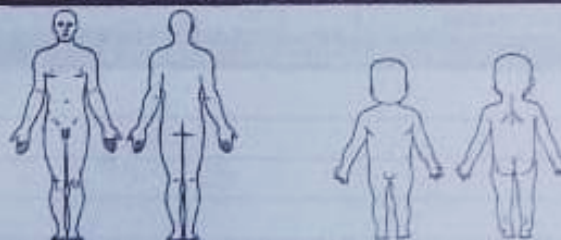
TOTAL (GCS) (3-15) \_\_\_\_\_ TOTAL (GCS) (3-15) \_\_\_\_\_




## SINAIS VITAIS

PERFUSÃO: >2 SEG ☐ <2 SEG ☐ ☐ NORMAL

## PROFISSIONAL DA SAUDE RECEPTOR - CARIMBO CR

### LOCALIZAÇÃO DOS TRAUMAS



FRATURAS / LUXAÇÕES / ENTORSES	<input checked="" type="checkbox"/>	ESVICERAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/>	QUEIMADURA 1º GRAU	
FERIMENTOS DIVERSOS	<input type="checkbox"/>	FAB / FAF	<input checked="" type="checkbox"/>	QUEIMADURA 2º GRAU	
HEMORRAGIAS		AMPUTAÇÃO	<input type="checkbox"/>	QUEIMADURA 3º GRAU	

**FERIMENTOS / FRATURAS / ENTORSES / LUXAÇÃO / CONTUSÃO**

[illegible][illegible]

### OBJETOS RECOLHIDOS

### FORMA DE CONDUÇÃO

- ☐
- DEITADA
- ☐
- SEMI-SENTADA
- 
- ☐
- SENTADA

## VITIMA ERA

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> CICLISTA          | <input type="checkbox"/> CONDOTOR CARRO  |
| <input type="checkbox"/> CONDOTOR MOTO     | <input type="checkbox"/> CLINICO         |
| <input type="checkbox"/> GESTANTE          | <input type="checkbox"/> TRAUMA          |
| <input type="checkbox"/> PASS. SAN. FRENTE | <input type="checkbox"/> PASS. SOC. TRÁS |
| <input type="checkbox"/> PASS. MOTO        | <input type="checkbox"/> PEDESTRE        |

## DECISÃO TRANSPORTE

☐ POTENCIALENT  
INSTAVEL ☐ ESTAVE  
EQUIPE DE ATENDIMENTO

M  
S1  
S2  
S3  
DEMANDANTE  
SOLITE