

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			Chegada U. Saúde :									
	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																			
EXAME DA VÍTIMA, PROCEDIMENTOS E TERAPÉUTICA	Última refeição										Situação de risco									
	SINAIS E SINTOMAS					RCP		VA / Ventilação		Circulação		Protocolos		Escala						
						Presenciada		Desobstrução		Controlo Temp.		Imobilização		Cincinnati						
						SBV/DAE :		T. Orofaríngeo		Controlo Hemo.		VV AVC		PROACS						
						SIV/SAV :		T. Laríngeo		Penso		VV Coronária		RTS						
						1º Ritmo ⚡ ✕		Másc. laríngea		Torniquete		VVSépsis		MGAP						
						Nº Choque(s)		T. Endotraqueal		Cinto Pélvico		VV Trauma		RACE						
	<div># FRATURA CONTUSÃO FERIDA HEMORRAGIA DOR QUEIMADURA * CRIANÇA</div> <div></div> <div></div> <div>JAN2019</div>					Recup. :		Vent. Mecânica		Acesso venoso		VV PCR								
						Susp. :		CPAP												
						C. Mecânicas								TEPH						
Não realizado												SIV								
OBSERVAÇÕES											NÃO TRANSPORTE				TRANSPORTE		Primário		Secundário	
											Abandonou o local				Acompanhamento médico					
											Decisão médica				Unidade de Saúde de origem					
											Morte				Unidade de Saúde de destino					
											Recusou e assinou		S N							
											Desativação									
															Episódionº.					
Tipo de emergência										Assinatura resp. meio / Nº										

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	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	
SP02	≤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	
	Não interage			Posição tripé/	
	Difícil de consolar			Tiragem	
	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 INFECÇÃO				INFLAMAÇÃO				
< 35 °C		1	Cefaleia		1	AVDS		1		
≥ 38 °C		1	Alteração de consciência		1	FC > 90 bpm		1		
SIGLAS ECG		Dispneia / Tosse		1	FR > 22 cpm		1			
		Dor abdominal		1						
		Ictericia		1	GRAVIDADE					
		Disúria / Polaquiúria		1	Lactato > 2 mmol/L		1			
ASS	FLA	Dor lombar		1	TAS < 90 mmHg		1			
AV1	FV	Sinais inflamatórios cutâneos		1	PaO2 < 60 mmHg		1			
AV2	IST	Critério do clínico responsável		1	SatO2 < 90%		1			
AV3	RJ									
BRD	RI									
BRE	RS	MGAP (referenciação a centro de trauma se <18)								
ESV	SST	MECANISMO LESÃO		IDADE		GCS	PAS (mmHg)		TOTAL	
EV	TSV	Penetrante	0	<60	5	3 a 15	>120	5	23-29	baixo
FA	TV	Fechado	4	>60	0		60-123	3	18-22	médio
							<60	0	<18	alto

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