

OCORRÊNCIA	Entidade										Meio				N.º CODU				
	Motivo										Residência	Trabalho	Via Pública	/ /					
	Local														Caminho do local		:		
	Freguesia										Concelho				Chegada à vítima		:		
IDENTIFICAÇÃO	Nome														Chegada SIV/SAV		:		
	Nascimento / /				Idade		Sexo	M	F	N.º SNS				Caminho U. Saúde		:			
	Residência														Chegada U. Saúde		:		
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 20 / 0 a 3			
	:																		
	:																		
	:																		
	:																		
HISTÓRIAL CLÍNICO	Circunstâncias																		
	Histórico de doenças																		
	Alergias																		
	Medicação habitual																		
	Última refeição																		
EXAME DA VÍTIMA, TERAPÉUTICA E OBSERVAÇÕES	SINAIS E SINTOMAS							Hora	FÁRMACO				Dose	Via					
								:											
								:											
								:											
								:											
								:											
								:											
								:											
								:											
								:											
PROCEDIMENTOS	RCP		VA / Ventilação		Circulação		Protocolos		Escalas		NÃO TRANSPORTE		TRANSPORTE		Primário	Secundário			
	Presenciada		Desobstrução		Controlo Temp.		Imobilização		Cincinatti		Abandonou o local		Acompanhamento médico						
	SBV/DAE :		T. Orofaríngeo		Controlo Hemo.		VV AVC		PROACS		Decisão médica		Unidade de Saúde de Origem						
	SIV/SAV :		T. Laringeo		Penso		VV Coronária		RTS		Morte								
	1.º Ritmo ⚡ ✕		Másc. laringea		Torniquete		VV Sépsis		MGAP		Desativação								
	N.º Choque(s)		T. Endotraqueal		Cinto Pélvico		VV Trauma		RACE		Próprio		N.º de Processo						
	Recup. :		CPAP		Acesso venoso		VV PCR				Representante		Unidade de Saúde de Destino						
	Susp. :		Vent. Mecânica								Avaliação								
	C. Mecânicas						TEPH				Tratamento								
	Não realizado						SIV						N.º de Processo						
RECUSA	Declaro ter sido informado(a) e compreender os riscos da minha decisão e assumir toda a responsabilidade pelas eventuais consequências. **														Assinatura do Responsável de Meio				
Documento de Identificação / N.º																Assinalar se identificação não confirmada por documento idóneo <input type="checkbox"/>		N.º 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/Ligeira (>10seg)	Ausente/Ligeira (>10seg)	0
	Moderada (<10seg)	Moderada (<10seg)	1
	Severa (não levanta)	Severa (não levanta)	2
Paresia MI	Ausente/Ligeira (>5seg)	Ausente/Ligeira (>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 ordem	1
	Não reconhece NEM braço NEM o déficit	Não executa ordens	2

NEWS (aplicável a não grávidas e idade ≥16 anos)								
PARÂMETRO FISIOLÓGICO		3*	2	1	0	1	2	3*
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA					A			V,D ou S
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA		≤8		9-11	12-20		21-24	≥25
SPO2		≤91	92-93	94-95	≥96			
O2 SUPLEMENTAR			Sim		Não			
FREQUÊNCIA CARDÍACA		≤40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥131
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA		≤90	91-100	101-110	111-219			≥220
TEMPERATURA		≤35		35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	≥39.1	
GRAVIDADE	0	Nula	1 - 4	Verde	(*) 5 - 6	Amarelo	≥7	Vermelho

TRIÂNGULO DE AVALIAÇÃO PEDIÁTRICA (aplicável em idade <16 anos em escala de 0 a 3)					
APARÊNCIA (+1 se observado um ou mais campos)	Tónus muscular anormal		ESFORÇO RESPIRATÓRIO (+1 se observado um ou mais campos)	Sons anormais	
	Não interage			Posição tripé/an	
	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					
		Icterícia			1	GRAVIDADE				
ASS	FLA	Disúria / Polaquiúria			1	Lactato > 2 mmol/L			1	
AV1	FV	Dor lombar			1	TAS < 90 mmHg			1	
AV2	IST	Sinais inflamatórios cutâneos			1	PaO2 < 60 mmHg			1	
AV3	RJ	Critério do clínico responsável			1	SatO2 < 90%			1	
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

*** Aplicação exclusiva a meios SIV/SAV.

*** Aplicação exclusiva a meios SIV/SAV.

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 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

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
ELEVAÇÃO DE ST	sim	1
	não	0

**** DECLARAÇÃO DE RECUSA | DECLARATION OF REFUSAL**

Ao consentir a assinatura da *Declaração de Recusa* o *Responsável do Meio* declara que: “Expliquei o procedimento ao utente e/ou seu representante legal identificado, bem como os riscos inerentes à sua recusa, tendo respondido de forma clara a todas as suas perguntas e que de acordo com o estabelecido na Deliberação nº 25/2012 do Conselho Diretivo do INEM – Substituição do consentimento real pelo consentimento presumido do doente, no meu entendimento, o signatário está em condições de compreender o que lhe foi informado, pelo que procedi em conformidade com a sua decisão, tendo-lhe sido facultada cópia assinada da sua Declaração de Recusa.”

DEUTSCHE Ich erkläre, dass ich informiert worden bin und die Risiken meiner Entscheidung verstehe und die volle Verantwortung für etwaige Konsequenzen übernehme.
ENGLISH I declare that I have been informed and understand the risks of my decision and take full responsibility for any consequences.
ESPAÑOL Declaro que he sido informado y comprendo los riesgos de mi decisión y asumo toda la responsabilidad por las consecuencias.
FRANÇAIS Je déclare avoir été informé et comprendre les risques de ma décision et assumer l'entière responsabilité de toutes les conséquences.