



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

VERBETEN CION L DE
SOCORRO

Nr Saída Interno:

Local da Ocorrência:

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				
VITALIDADE	Hora hh:mm	VDS GCS	Vent. cpm	SpO2 %	O2 Sup l/min	EtCO2 mmHg	Pulso bpm	ECG ver verso	P. rterial Sistólica	P. rterial Diastólica	Pele	Temp. °C	Pupilas	Dor 0 a 10	Glicemia mg/dl	NEWS/T P 0 a 18 / 0 a 3				
HISTÓRICO CLÍNICO	Circunstâncias																			
	Histórico de doenças																			
	Alergias																			
	Medicação habitual																			
	Última refeição										Situação de risco									
EXAME MÉDICO VÍTIMA - PROCEDIMENTOS E TERAPÊUTICA	SINAIS E SINTOMAS					RCP		V / Ventilação		Circulação		Protocolos		Escala						
						Presenciada		Desobstrução		Controlo Temp.		Imobilização		Cincinnati						
						SBV/D E		T. Orofaríngeo		Controlo Hemo.		VV VC		PRO CS						
						SIV/S V		T. Laríngeo		Penso		VV Coronária		RTS						
						1º Ritmo ⚡ ✕		Másc. laríngea		Torniquete		VV Sepsis		MG P						
						Nº Choque(s)		T. Endotraqueal		Cinto Pélvico		VV Trauma		R CE						
						Recup.		Vent. Mecânica		cesso venoso		VV PCR								
						Susp.		CP P												
						C. Mecânicas								TEPH						
						Não realizado								SIV						
						Hora	FÁRMACO					Dose		Via		Ef. dv.				
OBSERVAÇÕES											NÃO TRANSPORTE		TRANSPORTE		Primário		Secundário			
											bandoneou o local				companhamento médico					
											Decisão médica				Unidade de Saúde de origem					
											Morte				Unidade de Saúde de destino					
											Recusou e assinou		S N							
											Desativação									
															Episódio nº.					
Tipo de emergência										Assinatura resp. meio / Nº										

RACE (eventual necessidade de tromboectomia se 5)

	ESQUERD	DIREIT	V LOR
Paresia facial	usente	usente	0
	Ligeira	Ligeira	1
	Moderada/severa	Moderada/severa	2
Paresia MS	usente/Ligeiro (>10seg)	usente/Lig (>10seg)	0
	Moderada (<10seg)	Moderada (<10seg)	1
	Severa (não levanta)	Severa (não levanta)	2
Paresia MI	usente/Ligeiro (>5seg)	usente/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
gnosia fasia	Reconhece o braço E o déficit	fasia obedece a 2 ordens	0
	Não reconhece o braço OU o déficit	fasia 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)

P RÂMETRO FISIOLÓGICO	3 vermelho	2 amarelo	1 verde	0	1 verde	2 amarelo	3 vermelho
FREQUÊNCIA RESPIR TÓRI	≤8		9-11	12-20		21-24	25
SPO2	≤91	92-93	94-95	96			
O2 SUPLEMENT R		Sim		Não			
TEMPER TUR	≤35		35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	39.1	
PRESSÃO RTERI L SISTÓLIC	≤90	91-100	101-110	111-219			220
FREQUÊNCIA CARDÍ C	≤40		41-50	51-90	91-110	111-130	131
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA							V,D ou S

GRVIDE	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)

P RÊNCI (+1 se observado um ou mais campos)	Tonús muscular anormal	ESFORÇO RESPIR TÓRIO (+1 se observado um ou mais campos)	Sons anormais	CIRCUL ÇÃO (+1 se observado um ou mais campos)	Pele pálida
	Não interage		Posição tripé/anormal		Pele marmoreada
	Difícil de consolar		Tiragem		Cianose
	Olhar anormal		dejo nasal		
	Choro / Discurso anormal		pneia/Gasping		

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

TEMPER TUR	SUSPEIT DE INFEÇÃO	INFL M ÇÃO
< 35 °C	1 Cefaleia	1 VDS
38 °C	1 Iteração de consciência	1 FC > 90 bpm
SIGLA ECG	1 Dispneia / Tosse	1 FR > 22 cpm
	1 Dor abdominal	
	1 Ictericia	GRVIDE
	1 Disúria / Polaquiúria	1 Lactato > 2 mmol/L
	1 Dor lombar	1 T S < 90 mmHg
V3 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	MEC NISMO LESÃO	ID DE GCS P S (mmHg) TOT L
EV TSV	Penetrante 0 <60 5	>120 5 23-29 baixo
F TV	Fechado 4 >60 0	3 a 15 60-123 3 18-22 médio
		<60 0 <18 alto

ESCALA DE COMA DE GLASGOW ATUALIZADA

OLHOS	VERB L	MOTOR
Espontânea	4 Orientada	5 ordens
o som	3 Confusa	4 Localiza a dor
À Pressão	2 Palavras	3 Flexão normal
usente	1 Sons	2 Flexão anormal
Não testável	NT usente	1 Extensão
	Não testável	NT usente
		Não testável

ESCALA DE CINCINNATI (positivo de 1 a 3)

LTER ÇÃO	SIM	NÃO
Paresia facial	1	0
Queda de membro superior	1	0
Iteração na fala	1	0

ISBAR (transição de informação na transmissão de cuidados)

IDENTIFIC ÇÃO	Profissional de saúde Nome e idade da vítima Situação que motivou a ocorrência
SITU ÇÃO TU L	Descrição da condição clínica Principais alterações Sinais e sintomas
B CKGROUND	Histórico de doenças Medicação habitual lergias
V LI ÇÃO	Tipo de emergência identificada Procedimentos realizados Protocolos instituídos
RECOMEND ÇÕES	Recomendações Estudos ou avaliações indicadas Proposta de tratamento

RTS (referenciação a centro de trauma se ≤10)

GCS	FR (cpm)	P S (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)

ID DE	< 72	0
	72	1
T S (mmHg)	< 116	1
	116	0
CL SSE DE KILLIP	1	0
	2	1
	3	1
	4	3
ELEV ÇÃO DE ST	sim	1
	não	0

DECL R ÇÃO DE RECUS IDECL R TION OF REFUS L
(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 _____

ssinalar se identificação não confirmada por documento idóneo ☐