

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				
	:																			
	:																			
	:																			
	:																			
HISTORIAL 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		Escala		NÃO TRANSPORTE		TRANSPORTE		Primário	Secundário				
	Presenciada		Desobstrução		Controlo Temp.		Imobilização		Cincinnati		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. laríngea		Torniquete		VV Sépsis		MGAP		Desativação									
	N.º Choque(s)		T. Endotraqueal		Cinto Pélvico		VV Trauma		RACE		RECUSA	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 tromboectomia 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					
ASS	FLA	Icterícia			1	GRAVIDADE				
AV1	FV	Disúria / Polaquiúria			1	Lactato > 2 mmol/L			1	
AV2	IST	Dor lombar			1	TAS < 90 mmHg			1	
AV3	RJ	Sinais inflamatórios cutâneos			1	PaO2 < 60 mmHg			1	
BRD	RI	Critério do clínico responsável			1	SatO2 < 90%			1	
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
*** Aplicação exclusiva a meios SIV/SAV.							<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 DENTIFICAÇÃO	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.