



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	VDS	Vent.	SpO2	O2 Sup	EtCO2	Pulso	ECG	P. rterial	P. rterial	Pele	Temp.	Pupilas	Dor	Glicemia	NEWS/T P
	hh:mm	GCS	cpm	%	l/min	mmHg	bpm	ver verso	Sistólica	Diastólica		°C		0 a 10	mg/dl	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 Sépsis		MG P			
					Nº Choque(s)		T. Endotraqueal		Cinto Pélvico		VV Trauma		R CE			
	# FR TUR CONTUSÃO E ERID HEMORR GI DOR QUEIM DUR * CRI NÇ				Recup.		Vent. Mecânica		cesso venoso		VV PCR					
					Susp.		CP P									
					C. Mecânicas						TEPH					
					Não realizado						SIV					
					Hora		FÁRM CO				Dose		Via		Ef. dv.	
OBSERVAÇÕES					NÃO TRANSPORTE				TRANSPORTE				Primário		Secundário	
					bandoneou o local				companhamento médico							
					Decisão médica				Unidade de Saúde de origem							
					Morte											
					Recusou e assinou				S N		Unidade de Saúde de destino					
					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 C R DÍ C	≤40		41-50	51-90	91-110	111-130	131
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA							V,D ou S

GR VID DE	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	GR VID DE
	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 ☐