

|  |  |          |                 |        |                |            |              |               |                       |                        |                   |          |                             |   |                                   |                           |   |  |
|--|--|----------|-----------------|--------|----------------|------------|--------------|---------------|-----------------------|------------------------|-------------------|----------|-----------------------------|---|-----------------------------------|---------------------------|---|--|
| 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   |               | 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             |          | Unidade de Saúde de Destino |   |                                   |                           |   |  |
|  | 1.º Ritmo ⚡ ✕  |          | Másc. laríngea  |        | Torniquete     |            | VV Sépsis    |               | MGAP                  |                        | Desativação       |          | Unidade de Saúde de Destino |   |                                   |                           |   |  |
|  | 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         |          | Unidade de Saúde de Destino |   |                                   |                           |   |  |
|  | C. Mecânicas   |          |                 |        |                |            | TEPH         |               |                       |                        | Tratamento        |          | Unidade de Saúde de Destino |   |                                   |                           |   |  |
|  | 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<br><br>(+1 se observado um ou mais campos)                               | Tónus muscular anormal   |  | ESFORÇO RESPIRATÓRIO<br><br>(+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 |
|   |     |  |   |       |   |                    | <60        | 0 | <18   | alto  |
| *** 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<br>Nome e idade da vítima<br>Situação que motivou a ocorrência  |
| S ITUAÇÃO ATUAL  | Descrição da condição clínica<br>Principais alterações<br>Sinais e sintomas           |
| B ACKGROUND  | Histórico de doenças<br>Medicação habitual<br>Alergias                                |
| A VALIAÇÃO   | Tipo de emergência identificada<br>Procedimentos realizados<br>Protocolos instituídos |
| R ECOMENDAÇÕES   | Recomendações<br>Estudos ou avaliações indicadas<br>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.