



SAMU 192 - Regional Guanambi
Ficha de atendimento pré-hospitalar



Destino da Vítima							
<input type="checkbox"/> Óbito durante o atendimento	<input type="checkbox"/> Hospital Geral de Guanambi	<input type="checkbox"/> Outros _____					
<input type="checkbox"/> Recusou o atendimento	<input type="checkbox"/> Hospital Municipal						
<input type="checkbox"/> Óbito no local	<input type="checkbox"/> Deixado no local						
<input type="checkbox"/> Recusou o encaminhamento ao hospital	<input type="checkbox"/> Óbito durante o transporte						
<input type="checkbox"/> UPA 24h	<input type="checkbox"/> Aeroporto						
Profissionais de Serviço Receptor							
Evolução Médica				Evolução de Enfermagem			
<hr/>				<hr/>			
Transferências							
Condições do Paciente	FC	FR	PA	GLC	SpO2	Glasgow	Médico do serviço
<input type="checkbox"/> Crítico/sem condições de Transporte;							
<input type="checkbox"/> Grave e com redução de nível de consciência							
<input type="checkbox"/> Estável Hemodinâmicamente							
Observações: _____							
Gineco/Obstétrico							
G _____ P _____ A _____ IG _____.	Trabalho de parto: sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Contrações: sim <input type="checkbox"/> ou não <input type="checkbox"/>						
Fracas <input type="checkbox"/> Moderadas <input type="checkbox"/> Fortes <input type="checkbox"/> , Números _____	minutos, bolsa rota: sim <input type="checkbox"/> ou não <input type="checkbox"/>						
Termo de Recusa de Atendimento							
Eu, _____, por meio deste documento, assumo total responsabilidade pela recusa do atendimento/transporte pela Unidade USB/USA ou Motolâncias mesmo que isso traga danos para minha saúde, isentando de qualquer responsabilidade a equipe do SAMU de Guanambi.							
Data: _____ / _____ / _____							
Assinatura por extenso: _____							
Testemunha: _____				RG: _____			