



SAMU 192 - ORLÂNDIA SP  
FICHA DE ATENDIMENTO  
USB

DATA	___/___/___
KM INICIAL	_____
KM FINAL	_____

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO  VERMELHA  AMARELA  VERDE  AZUL

LOCAL OCORRÊNCIA  RESIDÊNCIA  VIA PÚBLICA  RODOVIA  PS  UBS

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ NÚMERO: \_\_\_\_\_  
REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTATO: \_\_\_\_\_

DADOS DA VÍTIMA:

NOME: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ NÚMERO: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_  
PAI: \_\_\_\_\_ MÃE: \_\_\_\_\_  
CNS: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

HORA CHAMADO	HORA TRANSMISSÃO	HORA SAIDA	H CHEGADA LOCAL	H SAIDA LOCAL	H CHEGADA HOSPITAL	H SAIDA HOSPITAL	H RETORNO A BASE

TIPO ATENDIMENTO:

<input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO	<input type="checkbox"/> SUSPEITA IAM	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA
<input type="checkbox"/> ACIDENTE TRANSITO	<input type="checkbox"/> SUSPEITA AVC	<input type="checkbox"/> INTOXICAÇÃO	<input type="checkbox"/> HIPO/HIPERTENSÃO	<input type="checkbox"/> OBSTETRICIA
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> QUEDA	<input type="checkbox"/> HIPO / HIPER GLICEMIA	<input type="checkbox"/> ALCOOLIZADO	<input type="checkbox"/>

SITUAÇÃO LOCAL  MORTE ÓBVIA  CHAMADO FALSO  EVADIU-SE  QTA

DESCRIÇÃO DA CENA:


AVALIAÇÃO PRIMÁRIA	VIA AÉREA LIBERADA		RESPIRAÇÃO		CIRCULAÇÃO		CONSCIENTE	
	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

PUPILAS	DIREITA	●	●	●	REATIVAS	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
	ESQUERDA	●	●	●		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	SAT	DEXTRO	TEMPERATURA

PELE  CORADA  CIANÓTICA  QUENTE  FRIA  ICTÉRICA  SUDOREICA

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS  IAM  AVC  DIABETES  ASMA - BRONQUITE  CONVULSÃO  HAS  CA

MEDICAMENTO EM USO \_\_\_\_\_

ALERGIAS \_\_\_\_\_

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

<input type="checkbox"/> CÂNULA GUEDEL	<input type="checkbox"/> OXIGÊNIO	<input type="checkbox"/> OXIMETRIA	<input type="checkbox"/> ACESSO VENOSO	<input type="checkbox"/> RCP
<input type="checkbox"/> DEA	<input type="checkbox"/> COLAR CERVICAL	<input type="checkbox"/> PRANCHA	<input type="checkbox"/> KED	<input type="checkbox"/> TALAS
<input type="checkbox"/> CONTENÇÃO PSQ	<input type="checkbox"/> KIT PARTO	<input type="checkbox"/> CURATIVO	<input type="checkbox"/> APOIO USA	<input type="checkbox"/>

CONDUTA: \_\_\_\_\_

MÉDICO REGULADOR: \_\_\_\_\_

DESCRIÇÃO DOS PERTENCES DO PACIENTE (DEIXADOS NO DESTINO):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

