



SAMU 192 - ORLÂNDIA SP
FICHA DE ATENDIMENTO
USB

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

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	<input type="checkbox"/> VERMELHA	<input type="checkbox"/> AMARELA	<input type="checkbox"/> VERDE	<input type="checkbox"/> AZUL
------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	-------------------------------

LOCAL OCORRÊNCIA	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	<input type="checkbox"/> VIA PÚBLICA	<input type="checkbox"/> RODOVIA	<input type="checkbox"/> PS	<input type="checkbox"/> UBS	<input type="checkbox"/>
------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	-----------------------------	------------------------------	--------------------------

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	<input type="checkbox"/> MORTE ÓBVIA	<input type="checkbox"/> CHAMADO FALSO	<input type="checkbox"/> EVADIU-SE	<input type="checkbox"/> QTA	<input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------------------	--	------------------------------------	------------------------------	--------------------------

DESCRIÇÃO DA CENA:

AVALIAÇÃO PRIMÁRIA	VIA AÉREA LIBERADA		RESPIRAÇÃO		CIRCULAÇÃO		CONSCIENTE	
	<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	<input type="checkbox"/> CORADA	<input type="checkbox"/> CIANÓTICA	<input type="checkbox"/> QUENTE	<input type="checkbox"/> FRIA	<input type="checkbox"/> ICTÉRICA	<input type="checkbox"/> SUDOREICA
------	---------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS	<input type="checkbox"/> IAM	<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> ASMA - BRONQUITE	<input type="checkbox"/> CONVULSÃO	<input type="checkbox"/> HAS	<input type="checkbox"/> 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"/> CONTENSÃO 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):

