Cod. 29167 nos Blocos

Governo Municipal Naviraí
TRABALHAMOS PARA VOCÊ

PREFEITURA MUNICIPAL DE NAVIRAÍ
Estado do Mato Grosso do Sul
Gerência de Saúde

SAMU 192

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Nome:	D.N: / /	Idade:	( ) Fem ( ) Masc
End. da ocorrência:		Bairro:	

HD	Data:	Nº	Destino:
	( ) USB		Responsável:
	Prioridade: ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3		
	Auxílio: ( ) USB		Ass.:

Dados da ocorrência

Clínicos:
( ) Cardiovascular
( ) Respiratório
( ) Metabólico
( ) Digestório
( ) Nervoso
( ) Genito-urinário
( ) Psiquiátrico
( ) Oncológico
( ) Ortopédico
( ) Intoxicação Exógena:
- Etilismo
- Drogas ilícitas
- Medicamentos

Outros: _____

Gineco-obstétricos:
G___PN___PC___A___
IG_____
DU___'/ ____'/ _____"
Início dos sintomas:_____
Perdas TV:_____
Parto:
( ) Nascido vivo ( ) Morto
( ) Masc ( ) Fem

Causa Externa (Trauma):
( ) FAB ( ) FAF
( ) FCC ( ) Agressão
( ) Acidente de trabalho
( ) Acidente esportivo
( ) Ataque de animal
( ) Acidente animais peçonhentos
( ) Queda de altura:_____
( ) Queimadura
( ) Acidente automobilístico:
- Atropelamento
- Colisão/Capotamento

☐ Moto ☐ Carro
☐ Caminhão ☐ Ônibus
☐ Carroça ☐ Bicicleta
☐ Triciclo ☐ Quadriciclo

Transferência
Origem:
Destino:
Motivo:

Mecanismo do trauma

Exame Clínico / Procedimentos / Terapêutica / Evolução / Intercorrências

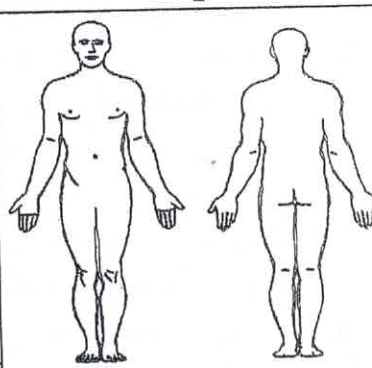
SSVV				
PA / mmHg	FC bpm	FR irpm	Temp: °C	Sat. O_2 %

A	B	C	D
( ) Pérvias ( ) Obstrução parcial ( ) Obstrução total Outra:	( ) Espontânea ( ) Assistida ( ) Apnéia ( ) Superficial MV_____ em HTXD MV_____ em HTXE	( ) Pulso periférico preservado ( ) Pulso periférico ausente ( ) Pulso central preservado ( ) Pulso central ausente BC_____ RC_____	Reflexo fotomotor direto: ( ) presente ( ) ausente OD ● ● ○ ● ● OE ● ● ○ ● ●

Escala de coma de Glasgow
Abertura Ocular
Abre espontaneamente 4
Abre com estímulo auditivo 3
Abre com estímulo doloroso 2
Não abre os olhos 1
Melhor Resposta Verbal
Conversa e está orientado 5
Conversa e está confuso.....4
Palavras inapropriadas 3
Sons e gemidos.....2
Nenhum 1
Melhor Resposta Verbal
Obedece à solicitação 6
Localiza estímulo doloroso.....5
Flexiona sem localizar estímulo.....4
Flexão anormal à dor (decort.) 3
Extesnão anormal à dor (desc.) 2
Nenhum.....1
Total_____

( ) Guedel ( ) EOT ( ) O_2 suplementar____L/min ( ) Ventilação com Ambu
( ) RCP ( ) Acesso venoso periférico
( ) Colar cervical + prancha longa ( ) Imobilização de :

E



/	Saída Base	Chegada Local	Saída Local	Chegada Destino	Saída Destino	Chegada Base
Km						
Hs						

( ) Recusa de atendimento ( ) Liberado após atendimento ( ) Removido por terceiros	( ) QRT_____ ( ) QTH não localizado ( ) Trote ( ) QTA	Médico: CRM:_____	Enf./Tec. Enf.: COREN:_____	Socorrista: _____

Materiais deixados no destino:

Ciente: _____

TERMO DE RECUSA ATENDIMENTO / REMOÇÃO

Eu, _____portador de RG nº _____SSP/_____estou recusando o atendimento / remoção pelo SAMU - 192 mesmo que isso provoque agravos à minha saúde, isentando a Prefeitura Municipal de Naviraí através da Secretaria Municipal de Saúde e equipe de atendimento do SAMU-192 de quaisquer responsabilidades civis e/ou criminais em decorrência da minha decisão.

Por ser verdade, livre e para que surta efeitos legais, assino o presente na presença das testemunhas.

Data:_____/_____/_____

_____

Testemunhas

_____

RG nº_____

_____

RG nº_____

PERTENCES DA VÍTIMA

Descrição

Recebido por:_____

Função / parentesco:_____