

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO



SAMU 192 RS - BOLETIM DE ATENDIMENTO

CHAMADA	DATA / / HORA H Min																																							
	MÉDICO(A) REGULADOR(A) Dr.(a) ☐ 1. SOCORRO ☐ 2. TRANSPORTE ☐ BASE ☐ H ☐ SA ☐ SB ☐ IR ☐ NN																																							
MOTIVO	CLINICO ☐ 4. RESPIRATÓRIO ☐ 8. OBSTÉTRICO ☐ 12. METABÓLICO ☐ 5. CARDIOVASC. ☐ 9. PSIQUIÁTRICO ☐ 13. PEDIÁTRICO ☐ 6. NEUROLÓGICO ☐ 10. INFECCIOSO ☐ 14. OUTRO: _____ ☐ 7. GASTRINTEST. ☐ 11. INTOXICAÇÃO EXÓG. _____ TRAUMÁTICO ☐ 15. COLISÃO ☐ 19. FAF ☐ 23. AFOGAMENTO ☐ 16. ATROPELAMENTO ☐ 20. FAB ☐ 24. ELETROPLESSÃO ☐ 17. QUEDA ☐ 21. QUEIMADURA ☐ 18. AGRESSÃO ☐ 22. OUTRO: _____																																							
	NOME COMPLETO _____ ENDEREÇO ONDE SE ENCONTRA O PACIENTE (RUA N°, AP, BAIRRO, PONTO DE REFERÊNCIA) _____ ☐ 25. Masc. IDADE ☐ 26. Fem. 27. ANOS																																							
PACIENTE																																								
EXAMINÁRIO	VIAS AÉREAS ☐ 28. LIVRE ☐ 29. PARC. OBSTR. ☐ 30. OBSTRUÍDA RESPIRAÇÃO ☐ 31. NORMAL ☐ 32. ALTERADA ☐ 33. AGÔNICA ☐ 34. APNÉIA CIRCULATÓRIO ☐ 35. NORMAL ☐ 36. CHOQUE ☐ 37. SANGRAMENTO ☐ 38. PCR NEUROLÓGICO ☐ 39. NORMAL ☐ 40. CONVULSÃO ☐ 41. AGITAÇÃO EXPOSIÇÃO ☐ 42. CONFUSÃO ☐ 43. COMA ☐ 44. SEM ALTERAÇÃO ☐ 45. QUEIMADURA ☐ 46. DEFORMIDADES ☐ 47. FRATURAS ☐ 48. FERIMENTOS																																							
SINAIS VITAIS	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>HORA</th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>FR</th> <th>Sat. 02%</th> <th>T. Axilar °C</th> <th>HGT</th> <th>Glasgow</th> <th>ETR</th> <th>ETP</th> </tr> <tr> <td>INÍCIO</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>FIM</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>										HORA	PA	FC	FR	Sat. 02%	T. Axilar °C	HGT	Glasgow	ETR	ETP	INÍCIO										FIM									
	HORA	PA	FC	FR	Sat. 02%	T. Axilar °C	HGT	Glasgow	ETR	ETP																														
INÍCIO																																								
FIM																																								
PROCEDIMENTOS EFETUADOS	☐ 49. ADM. OXIGÊNIO ☐ 50. GUEDEL ☐ 51. ASPIRAÇÃO ☐ 52. INTUBAÇÃO (OT. NT) ☐ 53. FUNÇÃO CRICO ☐ 54. RCP ☐ 55. PUNÇÃO TORÁCICA ☐ 56. DRENAGEM TORÁCICA ☐ 57. VEIA PERIFÉRICA ☐ 58. INTRACATH ☐ 59. INTRAÓSSEA ☐ 60. PLEBOTOMIA ☐ 61. PUNÇÃO PERICÁRDICA ☐ 62. Sonda GÁSTRICA ☐ 63. Sonda VESICAL ☐ 64. DESFIBRILAÇÃO ☐ 65. OXIMETRIA ☐ 66. COLAR CERVICAL ☐ 67. MOBILIZAÇÃO MEMBROS ☐ 68. CURATIVO ☐ 69. KED ☐ 70. PRANCHA LONGA ☐ 71. _____ ☐ 72. _____ ☐ 73. _____																																							
	AVALIAÇÃO MONITOR ECG: _____ REPOSIÇÃO VOLÊMICA/ MEDICAMENTOS: _____																																							
TIPO	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>TIPO</th> <th>ORIGEM</th> <th>DESTINO</th> <th>CONTATO NO DESTINO</th> </tr> <tr> <td> ☐ 74. SIMPLES ☐ 75. MEDICALIZADO </td> <td>REGISTRE HOSPITAL, UNIDADE E LEITO</td> <td>REGISTRE HOSPITAL, UNIDADE E LEITO</td> <td></td> </tr> </table>										TIPO	ORIGEM	DESTINO	CONTATO NO DESTINO	☐ 74. SIMPLES ☐ 75. MEDICALIZADO	REGISTRE HOSPITAL, UNIDADE E LEITO	REGISTRE HOSPITAL, UNIDADE E LEITO																							
	TIPO	ORIGEM	DESTINO	CONTATO NO DESTINO																																				
☐ 74. SIMPLES ☐ 75. MEDICALIZADO	REGISTRE HOSPITAL, UNIDADE E LEITO	REGISTRE HOSPITAL, UNIDADE E LEITO																																						
INCIDENTE	☐ 76. CANCELADO ☐ 78. ÓBITO ☐ 80. RECUSOU HOSPITALIZAÇÃO ☐ 82. OUTRO _____ ☐ 77. FALSO ☐ 79. RECUSOU ATENDIMENTO ☐ 81. NÃO ESTÁ MAIS NO LOCAL _____																																							
OBSERVAÇÕES																																								
EQUIPE RECEPTORA MÉDICO/CRM ENFERMAGEM/COREN EQUIPE INTERVENCIÓNISTA MÉDICO/CRM ENFERMAGEM/COREN CONDUTOR																																								