



IDENTIFICAÇÃO

Nº da Ocorrência: _____ Data: 14/03/10 Horário: 0:59 Viatura: 158
 Acompanhante: _____ Telefone de Contato: _____
 Endereço da Ocorrência: Rua Ricardo J. 27 - 169 Bairro: Santa Paula Cidade: Pt. de
 Paciente: Wilson Veloso da Silva Sexo: M Idade: 26 Dt. Nascimento: 16/08/83
 Endereço do Paciente: Rua Manoel A. 27 - 169 Bairro: Santa Paula Cidade: Pt. de
 RG do Paciente: 4458295 Org. Emissor: DF/GO Telefone do Paciente: 99424951
 Natureza da Ocorrência: Acidente Tipo: _____ OP: Dir. no Traje E

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

HORARIO / KM

Conductor: <u>Valdes</u>	Saída Base: <u>0:55</u> hr KM: <u>74678</u>	Hospital: <u>0:05</u> hr KM: <u>74681</u>
Médico (a):	Local: <u>01:01</u> hr KM: <u>74680</u>	Saída do Hospital: <u>01:21</u> hr
Enfermeiro (a):	Saída do Local: <u>01:04</u> hr	Base: <u>01:21</u> hr KM: <u>74681</u>
Téc. Enfermagem: <u>Eduarda</u>	OBS: _____	

AValiação PRIMária E SECUNDária DO PACIENTE

VENTILAÇÃO:

☒ Eupnéico ☐ Dispneia ☐ Taquipnéia ☐ Apnéia

VIAS AÉREAS:

☒ Desobstruída ☐ Obstruída

CIRCULAÇÃO:

☒ Normocárdio ☐ Bradicárdio (a) ☐ Taquicárdio (a) ☐ Bradisfigmia ☐ Taquisfigmia

AValiação NEUROLÓGICA: AVDI

Nível de Consciência: ☒ Alerta ☐ Resposta verbal ☐ Resposta a Dor ☐ Inconsciente
 Pupilas: ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Midriase bilateral ☐ Miose bilateral

SINAIS VITAIS E DADOS COMPLEMENTARES DO PACIENTE

Evolução	Sinais Vitais					Glasgow				HGT
	PA	FC	FR	TEMP	%Sp O	A.O.	R.V.	R.M.	Total	
Inicial										
Final										

PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO PACIENTE

CIRCULATÓRIOS:

☐ Monitorado ☐ Manobras RCP ☐ Desfibrilação ☐ Marcapasso Externo ☐ E.C.G. ☐ Acesso Venoso ☒ NÃO HOUVE

VENTILATÓRIOS:

☐ Desobstrução de vias aéreas ☐ Aspiração de vias aéreas ☐ Canula de Guedel ☐ Oximetria de Pulso ☐ Oxigênio a _____
☐ Oxigenação por máscara ☐ Ventilação por Ambu ☐ Entubação Via Oral ☐ Ventilação mecânica ☒ NÃO HOUVE

PROCEDIMENTOS INVASIVOS:

☐ Cricotireoidostomia ☐ Traqueostomia ☐ Toracocentese ☐ S.N.G. ☒ NÃO HOUVE
☐ Dissecção venosa ☐ Punção pleural ☐ Sonda Vesical ☐ Lavagem Gástrica

RESGATE:

☐ Imobilização: _____ ☐ Colar cervical ☒ Prancha longa
☐ KED ☐ Curativo Compressivo ☒ NÃO HOUVE
☐ Curativo 3 pontas ☐ Curativo em objeto transfundido

LOCALIZAÇÃO DA LESÃO:

☐ Cabeça ☐ Face ☐ Pescoço ☐ Tórax ☐ Ms: ☐ Mão: ☐ NÃO HOUVE
☐ Abdômen ☐ MMSS ☐ MMII ☐ Genitalia ☐ MI: ☐ Pe: ☐

CAUSAS NA OCORRÊNCIA:

☐ Recusa de atendimento ☐ Recusou transporte ☐ Vítima evadiu-se do local ☐ Transportada por 3º ☐ QTA
☐ Problemas com VTR ☐ Acidente de trabalho ☐ Óbito no local ☐ Óbito no transporte ☒ NÃO HOUVE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAÇÃO	DOSE	VIA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO

PERTENCENTES DO PACIENTE

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Nome: _____ Fone: _____ RG: _____ Órgão Expedidor: _____
Endereço: _____ Bairro: _____ Cidade: _____
Observações: _____

DESTINO DO PACIENTE

Nome do Hospital: Ho. M. P. Assinatura e Carimbo: Dr. Ricardo

TERMO DE RECUSA DE ATENDIMENTO

RG _____ assumo a responsabilidade na recusa do atendimento
ocorrido pelo SAMU - Norte Goiano, mesmo que isto traga danos a minha saúde, isentando - o de qualquer responsabilidade.
Porangatu - GO, _____ de _____ de _____ Ass: _____

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

Paciente vítima de acidente de moto apresentando na
região isquiáticas pelo corpo com quebra de fêmur
por membras superior esquerda, vítima saiu do
local e foi para sua residência e chamou
o Samu, foi removido ao hospital. Enulse

TESTEMUNHAS DA OCORRÊNCIA

Testemunha 01: _____ RG: _____
Nome: _____ Telefone: _____
Testemunha 02: _____ RG: _____
Nome: _____ Telefone: _____

VEÍCULOS ENVOLVIDOS NA OCORRÊNCIA

Veículo 01: Modelo _____ Cor: _____ Placa: _____ UF: _____
Condutor: _____ RG: _____
Telefone: _____
Veículo 02: Modelo _____ Cor: _____ Placa: _____ UF: _____
Condutor: _____ RG: _____
Telefone: _____
Lado: _____

Fotografia: Enulse Médico: _____