

**FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA - SAMU 192****1. IDENTIFICAÇÃO DO CHAMADO E DA VÍTIMA :**

DATA:	N° SOLICITAÇÃO:	HORA DO CHAMADO:	PACIENTE:						
SEXO:	IDADE:	SOLICITANTE:	RELAÇÃO C/ A VÍTIMA:	MOTIVO DA CHAMADA:					
ORIGEM:	VP ()	DOM ()	RESGATE ()	SAMU B ()	SAMU VIR ()	CS ()	PA ()	HOSP ()	OUTROS ()
LOCAL:									
				BAIRRO:					
FONE:	PONTO DE REFERÊNCIA:			TARM:					

2. REGULAÇÃO MÉDICA :

QUEIXAS:

REGULAÇÃO:

HD:

RESPOSTA:

VSA ()	VSB ()	VRS ()	VPSQ ()	VNEO ()	REORIENTAÇÃO ()	QTI INICIAL:
HORA RESG.:	MÉDICO:	CRM:	OPERADOR:	HORA DESPACHO:		

3. DADOS DO MOTORISTA :

MOTORISTA:	VTR:	LOCAL DE SAÍDA :	BASE ()	OUTROS ()	KM SAÍDA:
HORA SAÍDA:	HORA CHEGADA NO LOCAL:	HORA SAÍDA DO LOCAL :	SITUAÇÃO DA VÍTIMA		
			CONSCIÊNCIA:	RESPIRAÇÃO:	

OUTROS DADOS:

PASSAGEM DO CASO PARA BASE:	ORIENTAÇÃO:	MÉDICO:
SOLICITA APOIO: SIM () NÃO ()		
EVOLUÇÃO:	MOTIVO:	
TRANSPORTE ()	AGUARDAR APOIO ()	QTA ()

4. DADOS DA REFERÊNCIA HOSPITALAR:

	HORA	SERVIÇO	PROF. CONTATO	MOTIVO DA RECUSA
1ª REF.				
2ª REF.				
3ª REF.				

5. FINALIZAÇÃO DO CASO:

CONFIRMAÇÃO DESTINO:	HORA CHEGADA:	HORA LIBERAÇÃO:	PACIENTE RECEBIDO POR:
FUNÇÃO:	INTERCORRÊNCIAS NA RECEPÇÃO/TRANSPORTE:		
PERTENCES ENTREGUES:	HORA CHEGADA NA BASE OU QRV:	KM FINAL:	

6. CERTIFICADO DE RECUSA:

EU, _____, PORTADOR DO RG N° _____, ASSUMO INTEIRA RESPONSABILIDADE NA RECUSA DO ATENDIMENTO PRESTADO PELO SAMU 192 A MINHA PESSOA OU A QUE ACOMPANHEI PARA ESTE ATENDIMENTO, MESMO QUE ISTO TRAGA DANOS A MINHA SAÚDE OU DA PESSOA ACIMA RELACIONADA.

DATA:	ASSINATURA:
-------	-------------