



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ - HOSPITALAR

Nº CARTÃO SUS: _____

Nº DE OCORRÊNCIA: _____

DATA: _____

NOME DO PACIENTE: _____

IDADE: _____

01 - CASOS CLÍNICOS

NEUROLÓGICO: () AVC () CONVULSÃO () OUTROS _____
 REPIRATÓRIO : () IRA () OUTROS _____
 CARDIOLÓGICO: () ICC () EAP () ANGINA () ARRITMIA () IAM () HAS () OUTROS _____
 DIGESTIVO : () DOR ABDOMINAL () HDA () OUTROS _____
 METABÓLICO : () HIPOGLICEMIA () HIPERGLICEMIA () OUTROS _____
 OUTRAS PATOLOGIAS: _____ INTOXICAÇÃO () SIM () NÃO TIPO: _____
 OBSTÉTRICO : SANGRAMENTO () SIM () NÃO BOLSA ROTA: () SIM () NÃO CONTRAÇÕES _____ / _____ MIN.
 () GESTA: _____ PARA: _____ ABORTO: _____ () NASCIDO VIVO () NATIMORTO () DEQUITAÇÃO () DHEG
 () CIRCULAR DE CORDÃO APGAR 1º MIN.: _____ 5º MIN.: _____

02 - CASOS TRAUMÁTICOS

() TENTATIVA DE SUICÍDIO () F. A. F. () F. A. B. () AFOGAMENTO () QUEIMADURA
 () AGRESSÃO () QUEDA () OUTROS _____

03 - AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	VIAS AÉREAS SUP	RESPIRAÇÃO	CIRCULAÇÃO	COR
() ALERTA	() PERMEÁVEIS	() NORMAL	() PULSO RADIAL	() NORMAL
() VERBAL.	() NÃO PERMEÁVEIS	() DIFÍCIL	() PULSO CAROTÍDEO	() CIANÓTICO
() DOR	() VÔMITOS	() AUSENTE	() PULSO AUSENTE	() PÁLIDO
() NÃO RESPONDE	() CORPOS ESTRANHOS	() TIRAGEM	() HEMORRAGIA	

ADULTO	TRAUMA SCORE	PUPILAS	MENORES DE 5 ANOS
ABERTURA OCULAR	FREQ. RESPIRATÓRIA		ABERTURA OCULAR
ABRE ESPONTANEAMENTE 4	10 A 20 _____ 4	MIÓTICA (D) (E)	ABRE ESPONTANEAMENTE 4
COM ESTÍMULOS AUDITIVOS 3	> 29 _____ 3	MÉDIA (D) (E)	COM ESTÍMULOS AUDITIVOS 3
COM ESTÍMULOS DOLOROSOS 2	6 A 9 _____ 2	MIDRIÁTICA (D) (E)	COM ESTÍMULOS DOLOROSOS 2
NÃO ABRE OS OLHOS 1	1 A 5 _____ 1	FOTORREAGENTE (D) (E)	NÃO ABRE OS OLHOS 1
MELHOR RESPOSTA VERBAL	0 _____ 0	NÃO FOTORREAGENTE (D) (E)	MELHOR RESPOSTA VERBAL
CONVERSA, ESTÁ ORIENTADO 5	PA SISTÓLICA		BALBUCIO 5
CONVERSA E ESTÁ CONFUSO 4	> 89 _____ 4		CHORO IRRITADO 4
PALAVRAS INAPROPRIADAS 3	76 A 89 _____ 3		CHORO A DOR 3
SONS OU GEMIDOS 2	50 A 75 _____ 2	OBSERVAÇÕES	GEMIDO A DOR 2
NENHUMA 1	1 A 49 _____ 1	INFORMAR AO MÉDICO REGULADOR	NENHUMA 1
MELHOR RESPOSTA MOTORA	0 _____ 0		MELHOR RESPOSTA MOTORA
OBEDECE AS SOLICITAÇÕES 6	SCORE GLASGOW	1- TIPO DE OCORRÊNCIA	MOVIMENTOS ESPONTÂNEOS 6
LOCALIZA E RET. EST. DOLOR 5	13 A 15 _____ 4	2- SIT. ENCONTRADA	RETIRA AO TOQUE 5
FLEXINA S/ LOC. ESTÍMULO 4	9 A 12 _____ 3	3- EST. CONSCIÊNCIA	RETIRA A DOR 4
FLEXÃO ANORMAL A DOR 3	6 A 8 _____ 2	4- CLASGOW	FLEXINA S/ LOC. ESTÍMULO 3
EXTENSÃO ANORMAL A DOR 2	4 A 5 _____ 1	5- PREQ. RESPIRATÓRIA	FLEXÃO ANORMAL A DOR 2
SEM REAÇÃO 1	3 _____ 0	6- PRESSÃO ARTERIAL	SEM REAÇÃO 1
		7- TRAUMA SCORE	

ESCALA DE COMA DE GLASGOW _____

TOTAL DE PONTOS: _____

04 - TIPO DE FERIMENTO

01 - AMPUTAÇÃO / AVULSÃO						07 - ARMA BRANCA					
02 - CONTUSÃO						08 - FRATURA EXPOSTA					
03 - CORTO - CONTUSO						09 - FRATURA FECHADA					
04 - LACERO - CONTUSO						10 - PERFURANTE					
05 - ESCORIAÇÃO						11 - QUEIMADURA					
06 - PROJÉTIL						12 - OUTROS					

LOCAL DO FERIMENTO

A - CABEÇA / CRÂNIO	E - PESCOÇO	I - DORSO	M - JOELHO	Q - BRAÇO
B - FACE	F - OMBRO	J - PELVE / BACIA	N - PERNA	R - ANTEBRAÇO
C - OLHO	G - TÓRAX	K - PERÍNEO	O - PÉ	S - MÃO
D - BOCA / LÍNGUA	H - ABDÔMEN	L - COXA	P - DEDOS DO PÉ	T - DEDOS DA MÃO

05 - PROCEDIMENTOS

() LIBERAÇÃO DAS VIAS AÉREAS () INALAÇÃO () ASPIRAÇÃO

OXIGENAÇÃO

() OXIGÊNIO () GUEDELL () AMBU
() ENTUBAÇÃO ORO TRAQUEAL () ENTUBAÇÃO NASO TRAQUEAL () CRICOTIREOIDOSTOMIA
() TRAQUEOSTOMIA () URENAGEM DE TÓRAX
() TORACOCENTESE () OUTROS _____

VENTILAÇÃO:

() RESPIRADOR VOL. / MIN. _____ OXIMETRIA: _____ % F.R. : _____

CIRCULAÇÃO:

() CURATIVO COMPRESSIVO () MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA () DESFRIBILAÇÃO
() MARCA - PASSO EXTERNO () MONITORAÇÃO CARDÍACA () E.C.G.
() OUTROS _____

VIA DE ACESSO:

REPOSIÇÃO VOLÊMICA	VOLUME	MEDICAÇÕES	DOSE	VIA	HORÁRIO	PA INICIAL
RINGER LACTATO						
SORO FISIOLÓGICO 0,9%						mmhg
SORO GLICOSADO 5%						PA FINAL
						mmhg

CURATIVOS:

() SIMPLES () QUEIMADURA () EMPALAMENTO () LIMPEZA FERIMENTO () OUTROS _____

IMOBILIZAÇÕES: () KED () PRANCHA LONGA () MMII () MMSS () PELVE

06 - EVOLUÇÃO / OBSERVAÇÃO

HD:

INTERCORRÊNCIA NO TRANSPORTE: () SIM () NÃO

ÓBITO: () NÃO () NO LOCAL () NO TRANSPORTE () NO SERVIÇO () IGNORADO

07 - IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE DE ATENDIMENTO

MÉDICO: _____ EQUIPE DE ATENDIMENTO: _____

08 - PERTENCES DO PACIENTE

DESCRIÇÃO:

LOCAL DEIXADO: _____

NOME DO RECEPTOR: _____

FUNÇÃO DO RECEPTOR: _____

ASSINATURA: _____