



**SAMU 192 - CISSUL**  
**Ficha de Atendimento Sistematizado**  
**USA / USB**

DATA : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nº OCORRÊNCIA: \_\_\_\_\_

MÉDICO REGULADOR: \_\_\_\_\_

BASE / VTR: \_\_\_\_\_

Classificação de Risco:  Verde  Amarelo  Vermelho  Cinza

**Motivo da solicitação**

Clínico  Cirúrgico  Obstétrico  Psiquiátrico  Pediátrico  Transporte inter-hospitalar  Outros \_\_\_\_\_

**Local da ocorrência**  Via pública  Espaço público  Residência  Rodovia  Outros \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

**Situação do local**  Cena segura  Cena insegura  Dificil acesso  Animais oferecem risco  Rua sem identificação  
 Incêndio  Produto perigoso  Aglomeração  Terceiros oferecem risco  Óleo na via

**Situação vítima**  Evasão  Não localizada  Vítima agressiva  Presa às ferragens  Outros: \_\_\_\_\_

**Intercorrências**  QTA no local  QTA no trajeto  Chamado falso  Múltiplas vítimas. Nº. de vítimas: \_\_\_\_\_

**Outros serviços no local**  Não  Sim Quais? \_\_\_\_\_

**Solicitação de apoio**  Não  USA  USB  190  193  Outros: \_\_\_\_\_

**Dados da vítima**

Nome: \_\_\_\_\_

Documento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo : M  F

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

**Acompanhante:** \_\_\_\_\_ **Documento:** \_\_\_\_\_

**Grau de aproximação:** \_\_\_\_\_ **Telefone:** \_\_\_\_\_

	<i>Inicial</i>	<i>Atual</i>		<i>Inicial</i>	<i>Atual</i>
PA:			DEXTRO:		
FC:			Sat.O2%:		
FR:			T °C:		

**Alergias**  Nega  Não informado  S/ condições de informar  Outra. Qual? \_\_\_\_\_

**Medicamentos em uso**  Nega  Não informado  S/ condições de informar  Sim Qual \_\_\_\_\_

**Antecedentes Pessoais**  HAS  Cardiopata  IAM anterior  AVE anterior  Convulsões  Diabetes  Cirúrgico  Asma/bronquite/DPOC  
 Nega tratamento anterior ou atual  Sem condições de informar  Outros. Quais? \_\_\_\_\_

**ESCALA DE GLASGOW ADULTO**

**ESCALA DE GLASGOW 0 A 2 ANOS**

ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
4 – espontânea	5 – orientado	6 – obedece a comandos	4 – espontânea	5 – orientado/arrulha	6 – obedece a comando verbal/movimento espontâneo
3 – a voz	4 – confuso	5 – localiza a dor	3 – a voz	4 – confuso/ inquieto, irritado e choroso	5 – localiza a dor/retira o membro ao toque
2 – a dor	3 – palavras inapropriadas	4 – retira a dor	2 – a dor	3 – palavras inapropriadas/ chora em resposta a dor	4 – retira o membro a dor
1 – ausente	2 – sons/gemidos	2 – extensão anormal	1 – sem resposta	2 – sons inespecíficos/ geme em resposta a dor	3 – decorticação
	1 – ausente	1 – ausente		1 – sem resposta	2 – descerebração
					1 – sem resposta

TOTAL: \_\_\_\_\_ TOTAL: \_\_\_\_\_

**Mecanismo do trauma:**  Não se aplica  Queda de \_\_\_\_\_ m  Encravamento  Queda própria altura  
 Acidente de trânsito  FAB  FPAF  Queimadura  Agressão

**1. Responsivo**  Sim  Não

**Pulso se presente**  Regular  Cheio  Irregular  Fino  Ausente PCR

<b>Tipo de acidente de trânsito:</b>	<b>Posição da vítima no veículo:</b>	<b>Localização da vítima:</b>	<b>Veículo da vítima :</b>	<b>Outro envolvido:</b>
<input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Frontal <input type="checkbox"/> Lateral <input type="checkbox"/> Traseiro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Rotacional	<input type="checkbox"/> Sem informação <input type="checkbox"/> Condutor do veículo <input type="checkbox"/> Acompanhante dianteiro <input type="checkbox"/> Acompanhante traseiro <input type="checkbox"/> Condutor ou garupa de moto <b>Equipamento de segurança:</b> <input type="checkbox"/> Não usava <input type="checkbox"/> Sem informação <input type="checkbox"/> Cinto de 2 ou 3 pontos <input type="checkbox"/> Capacete retirado pela equipe <input type="checkbox"/> Capacete retirado por outros	<input type="checkbox"/> Sem ferragens <input type="checkbox"/> Às ferragens <input type="checkbox"/> Fora do veículo Deambulando Sim ( ) Não ( ) <b>Posição encontrada:</b>	<input type="checkbox"/> Carro <input type="checkbox"/> Moto <input type="checkbox"/> Caminhão <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Van <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Sem informação <input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Carro <input type="checkbox"/> Moto <input type="checkbox"/> Van <input type="checkbox"/> Caminhão <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Pedestre <input type="checkbox"/> Muro/Poste/Árvore <input type="checkbox"/> Sem informação



