



SAMU
192

USB/USA	Nº DA PLACA:	DATA:			
01 - ATENDIMENTO					
Nº DO CHAMADO:	EQUIPE DE PLANTÃO:	CARTÃO SUS/CPF:			
HORA TRANS.:	NO LOCAL:	SAÍDA DO LOCAL:	CHEGADA AO HOSP.:	LIBERAÇÃO DA UNID.:	CHEGADA BASE:

RUA:	SEXO: ☐ M ☐ F	
BAIRRO:	CIDADE:	
NOME DA VÍTIMA:	D.N.:	IDADE:

02 - TIPO DE OCORRÊNCIA			
☐ TRAUMA		☐ CLÍNICO	
☐ ATROPELAMENTO	☐ QUEDA DE ALTURA	☐ ASSISTÊNCIA AO PARTO	☐ DISPNEIA
☐ COLISÃO	☐ SOTERRAMENTO	☐ PARADA CARDIORESPIRATÓRIA	☐ CONVULSÃO
☐ ACIDENTE DE BICICLETA	☐ DESABAMENTO	☐ DISTÚRBO PSQUIÁTRICO	☐ DOR PRECORDIAL
☐ ACIDENTE DE MOTOCICLETA	☐ AFOGAMENTO	☐ INTOXICAÇÃO EXÓGENA	☐ HIPERTENSÃO
☐ AGRESSÃO FÍSICA	☐ QUEIMADURA	☐ TENTATIVA DE SUICÍDIO	☐ DABETE DESCOMPEN.
☐ AGRESSÃO ARMA BRANCA	☐ CHOQUE ELÉTRICO	☐ DESMAIO / SINCOP	☐ CARDIOPATA
☐ AGRESSÃO ARMA DE FOGO	☐ OUTROS: _____	☐ ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	☐ OUTROS: _____

03 - ACIDENTE DE TRABALHO	
☐ TÍPICO	☐ TRAJETO

04 - ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO			
TIPO DE VEÍCULO	CONDIÇÃO DE SEGURANÇA	SITUAÇÃO	POSIÇÃO NO VEÍCULO
1 ☐ AUTOMÓVEL	1 - USAVA CINTO SIM ☐ NÃO ☐	1 ☐ A PÉ	1 ☐ CONDUTOR
2 ☐ MOTO	2 -USAVA CAPACETE SIM ☐ NÃO ☐	2 ☐ EM AUTO	2 ☐ BANCO DIANTEIRO
3 ☐ BICICLETA	3 - NÃO OBSERVADO ☐	3 ☐ EM BICICLETA	3 ☐ BANCO TRASEIRO
4 ☐ ÔNIBUS		4 ☐ EM MOTO	4 ☐ GARUPA
5 ☐ CAMINHÃO		5 ☐ OUTROS: _____	5 ☐
80 ☐ OUTROS: _____			

SE TRANSPORTADA	☐ VEÍCULO PARTICULAR _____	☐ VIATURA MILITAR _____
☐ USB	☐ VIATURA BOMBEIROS _____	☐ OUTROS _____
☐ USA		

5 - PRINCIPAIS LESÕES													
☐ SEM LESÃO APARENTEMENTE											☐ QUEIMADURA		
LOCAL / TIPO	CRÂNIO	FACE	PESCOÇO	DORSO	LOMBAR	TÓRAX	ABDOMEM	MSD	MSE	BACIA	MID	MIE	
1 - ESCORIAÇÕES													<div>10 1 9 9</div>
2 - E.C. CONTUSO													
3 - F. PERFURANTE													
4 - CONTUSÃO													
5 - FRATURA ABERTA													
6 - FRATURA FECHADA													
7 - QUEIMADURA													
8 - OUTROS													
													☐ TÉRMICA
													☐ QUÍMICA
													☐ ELÉTRICA
													VIA
													AÉREA
													1 ☐ SIM
													2 ☐ NÃO

6 - ESCALA DE GLASGOW												
ABERTURA OCULAR				RESP.VERBAL				RESP.MOTORA				
4 ☐ ESPONTÂNEA				5 ☐ ORIENTAÇÃO				6 ☐ OBEDECE COMANDOS				
3 ☐ A SOLICITAÇÃO				4 ☐ CONFUSO				5 ☐ LOCALIZA DOR				
2 ☐ A DOR				3 ☐ PALAVRAS INAPROPRIADAS				4 ☐ RETIRADA A DOR				
1 ☐ AUSENTE				2 ☐ SONS				3 ☐ DECORTICAÇÃO				
				1 ☐ AUSENTE				2 ☐ DESCEREBRAÇÃO				
								1 ☐ AUSENTE				
								TOTAL _____				

PA	TEMPERATURA	PULSO	FR	So2	HGT
----	-------------	-------	----	-----	-----

07 - TRAUMA SCORE:

RESP. / MIN.

4☐ ACIMA 29

3☐ 10 A 29

2☐ 6 A 9

1☐ 1 A 5

0☐ 0

P.A. MÁXIMA

4☐ ACIMA 89

3☐ 76 A 89

2☐ 60 A 75

1☐ 1 A 19

0☐ 0

ESCALA DE COMA

4☐ 13 - 15

3☐ 09 - 12

2☐ 6 - 8

1☐ 4 - 5

0☐ 3

T. RTS: _____

ACHADOS CLÍNICOS + CONDOTA:

08 - INFORMAR O MÉDICO CONTROLADOR - NO MÁXIMO EM 5 MINUTOS

SEXO E IDADE

PRESSÃO

FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

TRAUMA SCORE

ESTADO DE CONCIÊNCIA

TIPO DE OCORRÊNCIA E CENÁRIO

PROBLEMA ENCONTRADO

09 - PROCEDIMENTOS EFETUADOS (MARCAR COM UM X)

☐ DESOBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS

☐ GLICEMIA CAPILAR

☐ PUNIÇÃO VENOSA

☐ PERIFÉRICA

☐ CENTRAL

☐ CÂNULA OROFARÍNGEA

☐ TORACOCENTESE COM AGULHA

D☐ E☐

☐ TRACIONADOR DE FÊMUR

D☐ E☐

☐ ADMINISTRAÇÃO DE OXIGÊNIO

☐ DRENAGEM TORÁCICA

D☐ E☐

☐ IMOBILIZAÇÃO MEMBROS

D☐ E☐

☐ ENTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL

☐ PERICARDIOCENTESE

☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA

MMSS

☐ COLAR CERVICAL

☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA

☐ VENTILAÇÃO AMBU

☐ CRICOTIREOIDOSTOMIA

☐ MONITORAÇÃO CARDÍACA

☐ OUTROS

☐ OXIMETRIA DE PULSO

☐ PRANCHA LONGA

☐ KED

☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO

1- DROGA	2 - QUANTIDADE	1 - SOLUÇÃO	2 - VOLUME
1	1	1	1
2	2	2	2
3	3	3	3
4	4	4	4
5	5	5	5

10- DESTINO DADO A VÍTIMA

1☐ ÓBITO NO LOCAL

5☐ RECUSOU ENCAMINHAMENTO AO HOSPITAL

2☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO

6☐ ENTREGUE NO HOSPITAL

3☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

7☐ VÍTIMA NÃO LOCALIZADA

4☐ RECUSOU ATENDIMENTO

8☐ OUTROS

11 - TERMO DE RECUSA DE ATENDIMENTO

EU _____

POR MEIO DESTES DOCUMENTO ASSUMO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA RECUSA DO ATENDIMENTO/TRANSPORTE PELA UNIDADE USB / USA. MESMO QUE ISTO TRAGA DANOS À MINHA SAÚDE, ISENTANDO DE QUALQUER RESPONSABILIDADE A EQUIPE DO SAMU GOIÁS:

_____/_____/_____

ASSINATURA

12- INTERCORRÊNCIA NO TRANSPORTE

☐ NÃO

☐ SIM

QUAL: _____

13 - UNIDADE DE SAÚDE QUE RECEBEU O PACIENTE

NOME DO HOSPITAL:

☐ ATENDIMENTO

☐ TRANSFERIDO

TÉCNICO ENFERMAGEM:

ENFERMEIRO / CARIMBO:

MÉDICO:

ENFERMEIRO: