

Data do Pedido : 7 11 2021

Hora do Pedido : h m

Origem do Pedido:

Local da Ocorrência :

Nome : Miguel Amorim Cardoso Sexo : M Idade : 18

Residência :

Nº do Piloto : 420 Telefone :

Exame Primário		
	S	N
Consciente	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confuso	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ventilação	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Circulação	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sinais Vitais		
Ventilação p/min		
Pulso p/min		
Pressão Arterial Máxima		
Pressão Arterial Mínima		
Glicémia Capilar (mg/dl)		
Oximetria		

Medicação Habitual

Exame Secundário			
F A C E	Cor da Pele	Normal	<input checked="" type="checkbox"/>
		Pálida	<input type="checkbox"/>
		Cianosada	<input type="checkbox"/>
		Rosada	<input type="checkbox"/>
		Congestionada	<input type="checkbox"/>
Grau de Humidade	Normal	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Seca	<input type="checkbox"/>	
	Húmida	<input type="checkbox"/>	
Temperatura	Normal	<input type="checkbox"/>	
	Hipotermia	<input type="checkbox"/>	
	Hipertermia	<input type="checkbox"/>	
		D	E
Pupilas	Normal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Contraída	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dilata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Reactiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1º Socorro	
Nenhum	<input checked="" type="checkbox"/>
Ventilação	<input checked="" type="checkbox"/>
R.C.P.	<input checked="" type="checkbox"/>
Administração de O2 ____ l/m	<input checked="" type="checkbox"/>
Aspiração	<input checked="" type="checkbox"/>
Penso	<input checked="" type="checkbox"/>
Imobilização	<input checked="" type="checkbox"/>
Lavagem Ocular	<input checked="" type="checkbox"/>
Controlo de Hemorragias	<input checked="" type="checkbox"/>
Garrote (____ H ____ M)	<input checked="" type="checkbox"/>
Aplicação de Frio	<input checked="" type="checkbox"/>

Última Refeição :	
Data:	
Hora:	h m

Antecedentes :	
Acamado	<input type="checkbox"/>
Asmático	<input type="checkbox"/>
Deficiente Motor	<input type="checkbox"/>
Diabético	<input type="checkbox"/>
Cardíaco	<input type="checkbox"/>
Epiléptico	<input type="checkbox"/>
Grávida	<input type="checkbox"/>
Hemófilico	<input type="checkbox"/>
Invisual	<input type="checkbox"/>
Surdo	<input type="checkbox"/>
HIV	<input type="checkbox"/>
Hepático	<input type="checkbox"/>
Doença do SNC	<input type="checkbox"/>

Intoxicado Com :

Hora: :

Crâneo	<input checked="" type="checkbox"/>
Cervical	<input checked="" type="checkbox"/>
Tórax	<input checked="" type="checkbox"/>
Abdómen	<input checked="" type="checkbox"/>
Coluna Dorsal	<input checked="" type="checkbox"/>
Coluna Lombar	<input checked="" type="checkbox"/>
Cintura Pélvica	<input checked="" type="checkbox"/>
D E	
Membros Inferiores	<input checked="" type="checkbox"/>
Membros Superiores	<input checked="" type="checkbox"/>

Observações :
Edema e hematoma perineurais esp com dor e parest na região TT posterior e Calcâneo lateral.
Análise inicial s/ mobilidades mentidas tendo participado em acidente

Hemorragia	<input checked="" type="checkbox"/>
Lesão Fechada	<input checked="" type="checkbox"/>
Lesão Aberta	<input type="checkbox"/>
Queimaduras	<input type="checkbox"/>
Corpo Estranho	<input type="checkbox"/>
Fractura	<input type="checkbox"/>
Amputação	<input type="checkbox"/>
Esmagamento	<input type="checkbox"/>

Subsequente
no final
de prova
solicita
nova análise
apresentando
exuberante
e de proximidade
com mobilidade
de global
limitada de articular Tibio Talus esp.
Envie-se ao Hospital para observar por ortoped

GUARNIÇÃO		
Função	Posto	Nome
Chefe Eq.		
Socorrista		
Soc. Cond.		

Unidade de Saúde:	Carimbo: M 68972
Nº Registo Entrada	