



POSTO

DUPLICADO

| Ficha Nº          |  |  |  |
|-------------------|--|--|--|
|                   |  |  |  |
| Origem do Pedido: |  |  |  |
|                   |  |  |  |
|                   |  |  |  |
|                   |  |  |  |

Data do Pedido : 7 11 2021

Hora do Pedido : h m

Local da Ocorrência :

Nome : MARIANA SIMSA MEENADO Sexo: F Idade: 17

Residência :

Nº do Piloto : 417 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         | 20  | qpm     |
| Pulso p/min              | 87  | qpm     |
| Pressão Arterial Máxima  | 112 | 65 mmHg |
| Pressão Arterial Mínima  | 71  | mmHg    |
| Glicémia Capilar (mg/dl) |     |         |
| Oximetria                | 97% | em      |

| Medicação Habitual |
|--------------------|
|                    |

Exame Secundário

| FACE             |               | D                                   |                                     | E                        |                          |
|------------------|---------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                  |               |                                     |                                     |                          |                          |
| Cor da Pele      | Normal        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | Pálida        | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | Cianosada     | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | Rosada        | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | Congestionada | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Grau de Humidade | Normal        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | Seca          | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | Húmida        | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Temperatura      | Normal        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | Hipotermia    | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | Hipertermia   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pupilas          | Normal        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | Contraída     | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | Dilata        | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                  | Reactiva      | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

1º Socorro

|                         |                                     |
|-------------------------|-------------------------------------|
| Nenhum                  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Ventilação              | <input type="checkbox"/>            |
| R.C.P.                  | <input type="checkbox"/>            |
| Administração de O2 l/m | <input type="checkbox"/>            |
| Aspiração               | <input type="checkbox"/>            |
| Penso                   | <input type="checkbox"/>            |
| Imobilização            | <input type="checkbox"/>            |
| Lavagem Ocular          | <input type="checkbox"/>            |
| Controlo de Hemorragias | <input type="checkbox"/>            |
| Garrote (H M)           | <input type="checkbox"/>            |
| Aplicação de Frio       | <input 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"/>            |
| Hemofílico       | <input type="checkbox"/>            |
| Invisual         | <input type="checkbox"/>            |
| Surdo            | <input type="checkbox"/>            |
| HIV              | <input type="checkbox"/>            |
| Hepático         | <input type="checkbox"/>            |
| Doença do SNC    | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Renal            | <input checked="" type="checkbox"/> |

Intoxicado Com :

\_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_ :

|         |                    |                                     |
|---------|--------------------|-------------------------------------|
| LESOES  | 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"/> |
| S       | Cintura Pélvica    | <input checked="" type="checkbox"/> |
|         |                    | <input type="checkbox"/>            |
| Membros | Membros Inferiores | <input checked="" type="checkbox"/> |
|         | Membros Superiores | <input checked="" type="checkbox"/> |

Observações :  
 Queixas de dor a nível do Joelho costal (1/3 inf.)  
 erg. com agravamento à inspeção. Sem aparente  
 volut costal. Apulm. c/ MV presente, ligeira-  
 mente diminuído pela inspeção na epácula.  
 S/ assimetrias ou deformidades mantidas.  
 Pa (pulsos mantidos)

|                |                                     |
|----------------|-------------------------------------|
| Hemorragia     | <input 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"/>            |

GUARNIÇÃO

| Função     | Posto | Nome |
|------------|-------|------|
| Chefe Eq.  |       |      |
| Socorrista |       |      |
| Soc. Cond. |       |      |

|                    |                                  |
|--------------------|----------------------------------|
| Unidade de Saúde:  | Carimbo:<br><u> </u><br>DM 63472 |
| Nº Registo Entrada |                                  |

V. FSF

\* Transportar-se ao Centro Hospitalar de Leiria para realização de Rx Tórax e eventual, futuramente adequado à situação.

À saída: consciente, orientado, hemodinamicamente estável, s/ outras queixas ou alterações no exame objetivo.

Trs acompanhado p/ a mãe.

~~Alto~~

OM 63472