



Serviço Municipal de
Urgência/Emergência



Estado do Rio Grande do Sul
PREFEITURA MUNICIPAL DE TRIUNFO
Secretaria de saúde

05

SMS - PLANTÃO DE URGÊNCIA - TRIUNFO/RS - BOLETIM ATENDIMENTO

CHAMADO

Nº _____ DATA ____/____/____ HORA ____:____ ORIGEM _____
DESTINO _____

PROFISSIONAL DE PLANTÃO ☐ 1. SOCORRO ☐ 2. TRANSPORTE ☐ BASE ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

MOTIVO

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 4. RESPIRATÓRIO | <input type="checkbox"/> 8. OBSTÉTRICO | <input type="checkbox"/> 12. METABÓLICO |
| <input type="checkbox"/> 5. CARDIOVASC. | <input type="checkbox"/> 9. PSIQUIÁTRICO | <input type="checkbox"/> 13. PEDIÁTRICO |
| <input type="checkbox"/> 6. NEUROLÓGICO | <input type="checkbox"/> 10. INFECCIOSO | <input type="checkbox"/> 14. OUTRO _____ |
| <input type="checkbox"/> 7. GASTRINTEST. | <input type="checkbox"/> 11. INTOXICAÇÃO EXÓG. | _____ |

TRAUMÁTICO

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 15. COLISÃO | <input type="checkbox"/> 19. FAF | <input type="checkbox"/> 23. ELETROCUTA. |
| <input type="checkbox"/> 16. ATROPELAMENTO | <input type="checkbox"/> 20. FAB | <input type="checkbox"/> 24. OUTRO: _____ |
| <input type="checkbox"/> 17. QUEDA | <input type="checkbox"/> 21. QUEIMADURAS | _____ |
| <input type="checkbox"/> 18. AGRESSÃO | <input type="checkbox"/> 22. AFOGAMENTO | _____ |

PACIENTE

NOME COMPLETO: _____

ENDEREÇO ONDE SE ENCONTRA O PACIENTE (RUA, N°, APT, BAIRRO, PONTO DE REFERÊNCIA)

☐ 25. MASCULINO

☐ 26. FEMININO

IDADE

SINAIS VITAIS

	HORA	P.A	F.C	F.R	SAT. O2%	T.AXILAR °C	HGT	GLASGOW
INÍCIO								
FIM								

PROC

- | | | | | |
|--|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 49. ADM. OXIGÊNIO | <input type="checkbox"/> 54. RCP | <input type="checkbox"/> 68. CURATIVO | <input type="checkbox"/> 64. DESFIBRILAÇÃO | <input type="checkbox"/> 69. KED |
| <input type="checkbox"/> 50. GUEDEL | <input type="checkbox"/> 57. VEIA PERIFÉRICA | <input type="checkbox"/> 57. IMOBILIZAÇÃO MEMB. | <input type="checkbox"/> 65. OXIMETRIA | <input type="checkbox"/> 70. PRANCHA LONGA |
| <input type="checkbox"/> 51. ASPIRAÇÃO | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 66. COLAR CERVICAL | <input type="checkbox"/> 71. _____ |

INCIDENTE

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 76. CANCELADO | <input type="checkbox"/> 78. ÓBITO | <input type="checkbox"/> 80. RECUSOU HOSPITALIZAÇÃO | <input type="checkbox"/> 82. OUTROS: _____ |
| <input type="checkbox"/> 77. FALSO | <input type="checkbox"/> 79 RECUSOU ATENDIME. | <input type="checkbox"/> 81. NÃO ESTÁ MAIS NO LOCAL | _____ |

OBSERVAÇÕES

TEC. ENFERMAGEM