



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRASSUNUNGA

Estado de São Paulo

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

CENTRAL DE AMBULÂNCIAS

ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR - APH SUPORTE BÁSICO DE VIDA - (CLASSE B)

Data: / / Hora Chamado: Hora Chegada PS: VTR:

Nome: Idade: Sexo:

Local: Residência Vias Públicas Rodovia Outros

Endereço:

Tipo de Ocorrência: Clínica Trauma Psiquiatria

Grau de Ocorrência: Leve Moderado Grave Gravíssimo

Escala de Coma de Glasgow	
1. Abertura Ocular	
Espontânea	4
Estímulo Verbal	3
Estímulo Doloroso	2
Não Responde	1
2. Resposta Verbal	
Orientado	5
Confuso	4
Palavra inapropriadas	3
Sons incompreensíveis	2
Não Responde	1
3. Melhor resposta Motora	
Obedece	6
Localiza a dor	5
Flexão Normal	4
Flexão Anormal	3
Extensão	2
Não Responde	1
Soma Total:	

QUADRO CLÍNICO

(Sinais e Sintomas apresentados no momento da chegada da VTR)

INTERCORRÊNCIAS NO TRAJETO

SIM NÃO

PA: Descrever em caso Afirmativo:

P:

Glicemia:

EQUIPE TRANSPORTE

ENTIDADE RECEPTORA

PS - STA. CASA OUTROS

MOTORISTA VTR

ENFERMAGEM

Assinatura do Receptor
(Médico, Enfermeiro ou Técnico enfermagem)