



Serviço de Atendimento  
Móvel de Urgência



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

04

## SAMU METROPOLITANO RS – BOLETIM DE 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. 02%	TAXILAR °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"/> 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