

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO - TERAPIA INTENSIVA

PROTÓCOLO _____ DATA / / HORÁRIO : h

UNIDADE DE SAÚDE SOLICITANTE: _____
MÉDICO SOLICITANTE: _____ CRM: _____
ENDEREÇO: _____ MUNICÍPIO: _____

TEL DA UNIDADE SOLICITANTE: _____ CEL: _____

NOME DO PACIENTE: _____
SEXO: _____ IDADE: _____

CASO: () CLÍNICO () TRAUMA MECANISMO DE LESÃO: _____
DURAÇÃO DOS SINTOMAS: _____
DATA E HORA DE CHEGADA À UNIDADE DE ORIGEM: _____
CIRURGIA REALIZADA: () SIM () NÃO
QUAL(IS): _____

EXAME CLÍNICO:

PA: _____ x _____ mmHg FR: _____ irpm FC: _____ bpm TAX: _____ °C
NÍVEL DE CONSC: _____ PUPILAS: _____

DÉFICIT MOTOR: () SIM () NÃO QUAL: _____

RESPIRAÇÃO: () EUPNEICO () ESFORÇO RESP

DESIDRATADO: () SIM () NÃO GRAU ___/4+

() CORADO () HIPOCORADO GRAU ___/4+

CIANÓTICO: () SIM () NÃO GRAU ___/4+

EXTREMIDADES: () FRIAS () AQUECIDAS

ENCHIMENTO CAPILAR: () PRESERVADO () LENTIFICADO

MODO VENTILATÓRIO: () AR AMBIENTE () CPAP

() VM PARÂMETROS _____

ACV: _____

AR: _____

ABDÔMEN: _____

CO-EXISTÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS

- () DIABETES MELLITUS
() DOENÇA RENAL CRÔNICA
() HIPERTENSÃO ARTERIAL
() D P O C
() DOENÇA HEMATOLÓGICA
() DOENÇA CARDIOVASCULAR
() DOENÇA GÁSTRICA
() DOENÇA AUTO IMUNE
() DOENÇA INFECCIOSA
() OUTRAS _____

MEDICAMENTOS VASOATIVOS INFUSÃO CONTÍNUA - DOSE

NORADRENALINA	() SIM	() NÃO	DOSE: /min
DOPAMINA	() SIM	() NÃO	DOSE: /min
ADRENALINA	() SIM	() NÃO	DOSE: /min
NITROGLICERINA	() SIM	() NÃO	DOSE: /min
NITROPRUSSIATO	() SIM	() NÃO	DOSE: /min

MEDICAMENTOS EM USO

ANTI-HIPERTENSIVOS	
ANTIBIÓTICOS	
CORTICÓIDES	
CARDIOVASCULARES	
OUTROS	

EXAMES COMPLEMENTARES

HEMOGRAMA: _____ GLICEMIA: _____
PLAQUETAS: _____ EAS : _____ CREATININA: _____ URÉIA: _____
ELETRÓLITOS: _____
RX TÓRAX: _____
ENZIMAS CARDÍACAS: _____ ECG: _____
OUTROS: _____

EVOLUÇÃO CLÍNICA

DIAGNÓSTICO(S)

INDICAÇÃO DE UTI

- ASSISTÊNCIA VENTILATÓRIA
- MONITORIZAÇÃO DE RITMO CARDÍACO
- MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA
- INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA
- USO DE VASODILATADORES IV
- SUPORTE PARA DIÁLISE
- IAM RECENTE
- POS DE GRANDE CIRURGIA
- ESTADO DE MAL EPILÉTICO
- SUPORTE METABÓLICO
- SEPSIS
- SUPERLOTAÇÃO DE UTI
- SEM SUPORTE ADEQUADO NA UNIDADE DE ORIGEM
- OUTROS _____

ÓBITO: DATA ___/___/___ HORA: ____:____h

- DURANTE ESPERA NA FILA
 - ANTES DA CHEGADA DA REMOÇÃO
 - DURANTE O TRANSPORTE
- INFORMANTE: _____

TRANSPORTE:

- SAMU AVANÇADA
- GSE AVANÇADA
- UNIDADE SOLICITANTE

DATA: ___/___/___ HORÁRIO: ____h

EVENTO: _____

CONTATO: _____

HORA CHEG UNID EXEC: ____:____h

PROCEDIMENTOS DA CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO – TERAPIA INTENSIVA

- TRANSFERÊNCIA - DATA: ___/___/___ HORA: ____:____h
- LEITO DISPONÍVEL NÃO ADEQUADO AO PACIENTE. JUSTIFICATIVA _____
- DESISTÊNCIA. MOTIVO _____

MÉDICO REGULADOR: _____ CRM: _____

ENVIAR PRIMEIRO PARA CENTRAL REGIONAL 2332-8577