



SERVIÇO REGIONAL DE PROTEÇÃO CIVIL E BOMBEIROS DOS AÇORES

Pedido de evacuação urgente - UDEA

OCORRÊNCIA

Data	Unidade de saúde	Médico requerente
Médico regulador	Número de registo SRPCBA	

IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Nome _____
Sexo _____ Data nasc. _____ Idade _____
Número utente saúde (verso do CC)

REGISTO DE HORAS

Entrada do utente na US	:	Entrega à equipa de evacuações	:
Pedido de evacuação	:	Saída do utente da US	:

ANTECEDENTES PESSOAIS (MÉDICOS E CIRURGICOS)

1		4		7	
2		5		8	
3		6		9	

MEDICAÇÃO HABITUAL

1		4		7	
2		5		8	
3		6		9	

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

--	--	--	--	--	--

PARAMETROS VITAIS

HORA	:	:	:	:	:
Fr. Respiratória					
Saturação					
Fr. Cardíaca					
Pressão arterial					
Dor					
Glasgow					
Glicemia capilar					
Temperatura					
Peso / Altura					

FÁRMACOS E PROCEDIMENTOS

:	
:	
:	
:	
:	
:	
:	
:	
:	
:	

ACOMPANHANTE

Nome	Cartão cidadão
------	----------------

DESTINO DO DOENTE

Hospital	Especialidade	Serviço	Médico
----------	---------------	---------	--------

ENTREGUE NO AEROPORTO

Sim		Não	
Ambulância			
Médico			
Enfermeiro			

NÃO TRANSPORTE

Morte
Decisão médica
Recusa destino

OBSERVAÇÕES

--