

Para: Unidades de Saúde de Saúde do Serviço Regional de Saúde

Assunto: Documentos de registos a utilizar pelas Unidades de Saúde do Serviço Regional de Saúde – Situações de exceção, multivítimas e/ou de Catástrofe

Fonte: **Direção Regional da Saúde**

Contacto na DRS: Direção de Serviços de Prestação de Cuidados em Saúde -  
Divisão de Apoio à Prestação de Cuidados de Saúde e Licenciamento

Class.:C/C. C/F.

Nos termos do artigo 11º do Anexo I do Decreto Regulamentar Regional n.º 15/2021/A, de 6 de julho, alterado e republicado pelo Decreto Regulamentar Regional n.º 32/2021/A, de 28 de dezembro, e na sequência do despacho de homologação de Sua Excelência o Secretário Regional da Saúde e Desporto, datado de 27 de maio de 2022, determina-se o seguinte:

A presente circular implementa a uniformização dos registos a efetuar na gestão de situações de exceção, multivítimas e/ou de Catástrofe, na Região Autónoma dos Açores.

A citada implementação visa a diminuição do risco, a melhoria da gestão da informação, incluindo o posterior tratamento dos dados pelas diferentes Unidades de Saúde, intervenientes na situação, e /ou pela Direção Regional da Saúde (DRS).

Neste âmbito, as Unidades de Saúde do Serviço Regional de Saúde devem garantir o preenchimento dos seguintes modelos, os quais fazem parte da presente circular:

- a) Modelo DRS.PEUS.001.00 - Receção da Informação de Catástrofe - A preencher no local de receção da informação;
- b) Modelo DRS.PEUS.002.00 - Receção de Informação de Catástrofe/Ativação do Gabinete de Crise - A preencher pelo Serviço de Urgência/Unidade Básica de Urgência;
- c) Modelo DRS.PEUS.003.00 - Substituição da Identificação Numérica pela Identificação Nominal – A preencher na Unidade de Saúde;



- d) Modelo DRS.PEUS.004.00 - Posto de Triagem - Vítimas Triadas – A preencher no Posto de Triagem da Unidade de Saúde;
- e) Modelo DRS.PEUS.005.00 - Contagem das Vítimas Triadas no Posto de Triagem por Prioridades– A preencher no Posto de Triagem da Unidade de Saúde;
- f) Modelo DRS.PEUS.006.00 - Área Verde – A preencher na Unidade de Saúde, na área indicada para a permanência das vítimas verdes;
- g) Modelo DRS.PEUS.007.00 - Área Amarela – A preencher na Unidade de Saúde, na área indicada para a permanência das vítimas amarelas;
- h) Modelo DRS.PEUS.008.00 - Área Vermelha – A preencher na Unidade de Saúde, na área indicada para a permanência das vítimas vermelhas;
- i) Modelo DRS.PEUS.009.00 - Área Cinzenta – A preencher, na área indicada para a permanência das vítimas cinzentas, no Hospital;
- j) Modelo DRS.PEUS.010.00 - Morgue – A preencher no local indicado para funcionar como morgue;
- k) Modelo DRS.PEUS.011.00 - Fita de tempo;
- l) Modelo DRS.PEUS. 012.00 - Triagem e outros Registos – A preencher na Unidade de Saúde. Este impresso deverá ser o primeiro documento do processo clínico;
- m) Modelo DRS.PEUS.013.00 - Ponto de Encontro - Registo de Entradas e Saídas dos Enfermeiros – A preencher na Unidade de Saúde;
- n) Modelo DRS.PEUS.014.00 - Ponto de Encontro - Registo de Entradas e Saídas dos Médicos – A preencher na Unidade de Saúde;
- o) Modelo DRS.PEUS.015.00 - Ponto de Encontro - Registo de Entradas e Saídas dos Assistentes Técnicos– A preencher na Unidade de Saúde;
- p) Modelo DRS.PEUS.016.00 - Ponto de Encontro - Registo de Entradas e Saídas dos Assistentes Operacionais– A preencher na Unidade de Saúde;
- q) Modelo DRS.PEUS.017.00 - Ponto de Encontro - Registo de Entradas e Saídas dos Outros Funcionários – A preencher na Unidade de Saúde;

- r) Modelo DRS.PEUS.018.00 - Triagem Secundária e Outros Registos – A preencher pelos profissionais de saúde no Teatro de Operações;
- s) Modelo DRS.PEUS.019.00 - Registo de Identidade Numérica das Vítimas Atendidas pela Equipa Médica do Teatro de Operações – A preencher por elemento da equipa de saúde, no Teatro de Operações.

A presente circular entra em vigor na presente data.

O Diretor Regional



## Anexo I

Modelo DRS.PEUS.001.00 - Receção da Informação de Catástrofe





## Receção da Informação de Catástrofe

A preencher na Central de Telefones

Data : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_      Hora : \_\_\_ : \_\_\_

### 1. Informação da situação

Tipo de Acidente: \_\_\_\_\_

Localização: \_\_\_\_\_

Estimativa do número de vítimas: \_\_\_\_\_

### 2. Identificação do Informador

Nome: \_\_\_\_\_ Telemóvel/Telefone: \_\_\_\_\_

Popular     BB's     PSP     SRPCBA     Prof. Saúde     DRS

### 3. Confirmação de Dados

Sim     Não    Hora : \_\_\_ : \_\_\_

Observações : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 4. Alerta

**Telefonista contacta o Médico do SU/UBU**

Nome do Médico do SU/UBU Contactado : \_\_\_\_\_

Telefonista (Nome legível): \_\_\_\_\_ Nº Mecanográfico: \_\_\_\_\_

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ Centro de Saúde \_\_\_\_\_

(Se Aplicável)

BB's - Bombeiros; GC - Gabinete de crise; Prof. Saúde - Profissional de Saúde; PSP - Polícia de Segurança Pública; SRPCBA - Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores; SU - Serviço de Urgência; UBU - Unidade Básica de Urgência



## **Anexo II**

Modelo DRS.PEUS.002.00 - Receção de Informação de Catástrofe/Ativação do  
Gabinete de Crise





## Receção de Informação de Catástrofe/Ativação do GC

A preencher pelo Serviço de Urgência

Data de Alerta: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Hora de Alerta : \_\_\_ : \_\_\_

### 1. Informação da situação

Tipo de Acidente: \_\_\_\_\_ Hora do acidente : \_\_\_ : \_\_\_

Localização: \_\_\_\_\_

Estimativa do número de vítimas:  Estimativa da hora de chegada das primeiras vítimas: \_\_\_ : \_\_\_

Adultos:  Crianças:

Ligeiros:  Graves:  Falecidos:

Lesões Predominantes: \_\_\_\_\_

Traumatizados:  Queimados:  Afogados:

Esmagamento:  Intoxicados:  Outros:

### 2. Identificação do Informador

Nome: \_\_\_\_\_ Telemóvel/Telefone: \_\_\_\_\_

Popular  BB's  PSP  SRPCBA  DRS  Prof. Saúde

### 3. Confirmação de Dados

Sim  Não Hora : \_\_\_ : \_\_\_ Envolvimento de materiais perigosos:  Sim  Não  Desconhece

Observações : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 4. Convocação do Gabinete de Crise

**O Médico do SU/UBU contacta com o Conselho de Administração**

Hora : \_\_\_ : \_\_\_

Nome da Pessoa Contactada (GC): \_\_\_\_\_

Contacto efetuado por: \_\_\_\_\_

Necessidade imediata de mobilizar equipa médica para o terreno:  Sim  Não  Desconhece

BB's - Bombeiros; GC - Gabinete de crise; Prof. Saúde - Profissional de saúde; PSP - Polícia de Segurança Pública, SRPCBA - Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores; SU - Serviço de Urgência; UBU - Unidade Básica de Urgência

O Médico do SU/UBU contactado

(Se Aplicável)

\_\_\_\_\_

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ Centro de Saúde: \_\_\_\_\_  
(Se Aplicável)

1-1





### **Anexo III**

Modelo DRS.PEUS.003.00 - Substituição da Identificação Numérica pela  
Identificação Nominal







## Substituição da Identificação Numérica pela Identificação Nominal

A preencher na unidade de saúde

Data : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Hora : \_\_\_ : \_\_\_ Folha Nº : \_\_\_\_\_

Fim de preenchimento

* "X" se UNC	Nº de Triagem Unidade de Saúde		Nº Triagem Pré-Hosp.	PU/NNU/PROCESSO	Nome Contacto	Data de Nascimento (dd/mm/aaaa)	Morada	Nacionalidade	Cartão de Cidadão/BI / Passaporte	Hora de preenchimento
	Adulto (≥18 anos)	Pediatria (<18 anos)								
					_____	/ /				:
					_____	/ /				:
					_____	/ /				:
					_____	/ /				:
					_____	/ /				:

Circular Normativa n.º DRS-CNORM/2022/12, de 2022-06-15

Modelo DRS\_PEUS.003.00

BI - Bilhete de Identidade; NNU - Número Nacional de Utente (a preencher pelas USI); N.º Triagem Pré-Hosp - Número de Triagem Pré-Hospitalar; PROCESSO - Destinado à primeira inscrição do utente na USI; PU - Número de Processo Individual da Unidade de Saúde (a preencher pelos Hospitais após admissão no sistema informático)

Nota: UNC - Consideram-se todos os utentes que recorram à Unidade de Saúde por motivos não diretamente relacionados com a catástrofe.  
Contacto (-) 1ª opção Contacto de familiar. (\*) 2ª opção Contacto da vítima

\*Assinale "X" se UNC - Utente não catástrofe.

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ Centro de Saúde (se aplicável): \_\_\_\_\_

Nome (legível): \_\_\_\_\_ Número Mecanográfico: \_\_\_\_\_ Categoria Profissional: \_\_\_\_\_

1-2



## Substituição da Identificação Numérica pela Identificação Nominal (Verso)

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_  
*Fim de preenchimento*

* "X" se UNC	Nº de Triagem Unidade de Saúde		Nº Triagem Pré-Hosp.	PU/NNU/PROCESSO	Nome Contacto	Data de Nascimento (dd/mm/aaaa)	Morada	Nacionalidade	Cartão de Cidadão/BI / Passaporte	Hora de preenchimento
	Adulto (≥18 anos)	Pediatria (<18 anos)								
					_____	/ /				:
					_____	/ /				:
					_____	/ /				:
					_____	/ /				:
					_____	/ /				:

BI - Bilhete de Identidade; NNU - Número Nacional de Utente (a preencher pelas USI); N.º Triagem Pré-Hosp - Número de Triagem Pré-Hospitalar; PROCESSO - Destinado à primeira inscrição do utente na USI; PU - Número de Processo Individual da Unidade de Saúde (a preencher pelos Hospitais após admissão no sistema informático)

*Nota:* UNC - Consideram-se todos os utentes que recorram à Unidade de Saúde por motivos não diretamente relacionados com a catástrofe.  
Contacto (-) 1ª opção Contacto de familiar; (\*) 2ª opção Contacto da vítima

\*Assinale "X" se UNC - Utente não catástrofe.

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ Centro de Saúde (se aplicável): \_\_\_\_\_

Nome (legível): \_\_\_\_\_ Número Mecanográfico: \_\_\_\_\_ Categoria Profissional: \_\_\_\_\_

2-2



## **Anexo IV**

Modelo DRS.PEUS.004.00 - Posto de Triagem - Vítimas Triadas





**Posto de Triagem - Vítimas Triadas**  
A preencher no Posto de Triagem da unidade de saúde

*1 UNC	Triagem Primária - Unidade de Saúde						Pré Hospitalar - Triagem				Observações
Nº	Prioridade	Hora	Nome	Sexo	Destino (Localização)	Nº (SRPCBA)	Primária	Secundária			
	Verde <input type="checkbox"/>	Amarela <input type="checkbox"/>	Vermelha <input type="checkbox"/>	Preta <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>			Verde <input type="checkbox"/>	Verde <input type="checkbox"/>		
	Amarela <input type="checkbox"/>				Feminino <input type="checkbox"/>			Amarela <input type="checkbox"/>	Amarela <input type="checkbox"/>		
	Vermelha <input type="checkbox"/>				ND* <input type="checkbox"/>			Vermelha <input type="checkbox"/>	Vermelha <input type="checkbox"/>		
	Preta <input type="checkbox"/>							Preta <input type="checkbox"/>	Preta <input type="checkbox"/>		
	Verde <input type="checkbox"/>	Amarela <input type="checkbox"/>	Vermelha <input type="checkbox"/>	Preta <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>			Verde <input type="checkbox"/>	Verde <input type="checkbox"/>		
	Amarela <input type="checkbox"/>				Feminino <input type="checkbox"/>			Amarela <input type="checkbox"/>	Amarela <input type="checkbox"/>		
	Vermelha <input type="checkbox"/>				ND* <input type="checkbox"/>			Vermelha <input type="checkbox"/>	Vermelha <input type="checkbox"/>		
	Preta <input type="checkbox"/>							Preta <input type="checkbox"/>	Preta <input type="checkbox"/>		
	Verde <input type="checkbox"/>	Amarela <input type="checkbox"/>	Vermelha <input type="checkbox"/>	Preta <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>			Verde <input type="checkbox"/>	Verde <input type="checkbox"/>		
	Amarela <input type="checkbox"/>				Feminino <input type="checkbox"/>			Amarela <input type="checkbox"/>	Amarela <input type="checkbox"/>		
	Vermelha <input type="checkbox"/>				ND* <input type="checkbox"/>			Vermelha <input type="checkbox"/>	Vermelha <input type="checkbox"/>		
	Preta <input type="checkbox"/>							Preta <input type="checkbox"/>	Preta <input type="checkbox"/>		
	Verde <input type="checkbox"/>	Amarela <input type="checkbox"/>	Vermelha <input type="checkbox"/>	Preta <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>			Verde <input type="checkbox"/>	Verde <input type="checkbox"/>		
	Amarela <input type="checkbox"/>				Feminino <input type="checkbox"/>			Amarela <input type="checkbox"/>	Amarela <input type="checkbox"/>		
	Vermelha <input type="checkbox"/>				ND* <input type="checkbox"/>			Vermelha <input type="checkbox"/>	Vermelha <input type="checkbox"/>		
	Preta <input type="checkbox"/>							Preta <input type="checkbox"/>	Preta <input type="checkbox"/>		

\* - Não determinado; \*1 - Utente não de catástrofe Nota: UNC - Consideram-se todos os utentes que recorram à Unidade de Saúde por motivos não diretamente relacionados com a catástrofe.

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ Centro de Saúde: \_\_\_\_\_  
(Se aplicável)

Nome (legível): \_\_\_\_\_ Número Mecanográfico: \_\_\_\_\_ Categoria Profissional: \_\_\_\_\_

1-2



Posto de Triagem - Vítimas Triadas

(Verso)

*1 UNC	Triagem Primária - Unidade de Saúde						Pré Hospitalar - Triagem				Observações
Nº	Prioridade	Hora	Nome	Sexo	Destino (Localização)	Nº (SRPCBA)	Primária	Secundária			
	<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Preta				Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> ND* <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Preta	<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Preta			
	<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Preta				Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> ND* <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Preta	<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Preta			
	<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Preta				Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> ND* <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Preta	<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Preta			
	<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Preta				Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> ND* <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Preta	<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Preta			
	<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Preta				Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> ND* <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Preta	<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Preta			
	<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Preta				Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> ND* <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Preta	<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Preta			

\*- Não determinado; \*1 - Utente não de catástrofe Nota: UNC - Consideram-se todos os utentes que recorram à Unidade de Saúde por motivos não diretamente relacionados com a catástrofe.

Nome (legível): \_\_\_\_\_ Número Mecanográfico: \_\_\_\_\_ Categoria Profissional: \_\_\_\_\_

2-2



## **Anexo V**

Modelo DRS.PEUS.005.00 - Contagem das Vítimas Triadas no Posto de Triagem  
por Prioridades







## Contagem das Vítimas Triadas no Posto de Triagem por Prioridades

A preencher no Posto de Triagem da unidade de saúde

Folha N.º : \_\_\_\_\_

Das \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Prioridade	Número de VC	Número de UNC	Total
Verde			
Amarelo			
Vermelho			
Preto			
Total Geral			

(Este documento deve ser entregue ao conselho de administração respeitando os horários pré-estabelecidos)

Legenda - VC - Vítima de catástrofe; UNC - Utente não relacionado com a catástrofe.

Nota: Assinalar "X" unicamente se UNC. Consideram-se UNC todos os utentes que recorram à Unidade de Saúde por motivos não diretamente relacionados com a catástrofe.

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ Centro de Saúde: \_\_\_\_\_

*(Se aplicável)*

Nome (legível): \_\_\_\_\_ Número mecanográfico: \_\_\_\_\_

Categoria Profissional: \_\_\_\_\_

Modelo DRS PEUS.005.00 Circular Normativa n.º DRS-CNORM/2022/12, de 2022-06-15



## **Anexo VI**

Modelo DRS.PEUS.006.00 - Área Verde





Área Verde

A preencher na área verde da unidade de saúde

Folha Número : \_\_\_\_\_

* UNC	N.º Triagem Primária	ORIGEM		DESTINO			
		Hora (Triagem)	Área	Hora (Transf.)	Área		
		__ : __	Triagem <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/>	__ : __	Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Cinzenta <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/>	B.O. <input type="checkbox"/> UCI/I <input type="checkbox"/> Transf. para <input type="text"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>	
		__ : __	Triagem <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/>	__ : __	Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Cinzenta <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/>	B.O. <input type="checkbox"/> UCI/I <input type="checkbox"/> Transf. para <input type="text"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>	
		__ : __	Triagem <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/>	__ : __	Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Cinzenta <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/>	B.O. <input type="checkbox"/> UCI/I <input type="checkbox"/> Transf. para <input type="text"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>	
		__ : __	Triagem <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/>	__ : __	Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Cinzenta <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/>	B.O. <input type="checkbox"/> UCI/I <input type="checkbox"/> Transf. para <input type="text"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>	
		__ : __	Triagem <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/>	__ : __	Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Cinzenta <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/>	B.O. <input type="checkbox"/> UCI/I <input type="checkbox"/> Transf. para <input type="text"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>	
		__ : __	Triagem <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/>	__ : __	Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Cinzenta <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/>	B.O. <input type="checkbox"/> UCI/I <input type="checkbox"/> Transf. para <input type="text"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>	
		__ : __	Triagem <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/>	__ : __	Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Cinzenta <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/>	B.O. <input type="checkbox"/> UCI/I <input type="checkbox"/> Transf. para <input type="text"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>	

Legenda: BO - Bloco Operatório; Transf. - Transferência; UCI/I - Unidade de cuidados intensivos/Intermédios; US - Unidade de Saúde; UNC - Utente não de catástrofe.

Nota: Assinalar "X" unicamente se UNC

\*UNC - Consideram-se todos os utentes que recorram à Unidade de Saúde por motivos não diretamente relacionados com a catástrofe.

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ Centro de Saúde: \_\_\_\_\_  
(Se aplicável)

Nome (legível): \_\_\_\_\_ N.º Mecanográfico: \_\_\_\_\_ 1-2 \_\_\_\_\_ Categoria profissional: \_\_\_\_\_



A preencher na área verde da unidade de saúde  
(Verso)

* UNC	N.º Triagem Primária	ORIGEM		DESTINO			
		Hora (Triagem)	Área	Hora (Transf.)	Área		
		__ : __	Triagem <input type="checkbox"/> <span style="background-color: red; color: white; padding: 2px;">Vermelha</span> <input type="checkbox"/> <span style="background-color: yellow; padding: 2px;">Amarela</span> <input type="checkbox"/>	__ : __	<span style="background-color: red; color: white; padding: 2px;">Vermelha</span> <input type="checkbox"/> <span style="background-color: yellow; padding: 2px;">Amarela</span> <input type="checkbox"/> <span style="background-color: gray; padding: 2px;">Cinzenta</span> <input type="checkbox"/> <span style="background-color: black; color: white; padding: 2px;">Preta</span> <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/>	B.O. <input type="checkbox"/> UCI/I <input type="checkbox"/> Transf. para <input style="width: 100%;" type="text"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Outro <input style="width: 100%;" type="text"/>	
		__ : __	Triagem <input type="checkbox"/> <span style="background-color: red; color: white; padding: 2px;">Vermelha</span> <input type="checkbox"/> <span style="background-color: yellow; padding: 2px;">Amarela</span> <input type="checkbox"/>	__ : __	<span style="background-color: red; color: white; padding: 2px;">Vermelha</span> <input type="checkbox"/> <span style="background-color: yellow; padding: 2px;">Amarela</span> <input type="checkbox"/> <span style="background-color: gray; padding: 2px;">Cinzenta</span> <input type="checkbox"/> <span style="background-color: black; color: white; padding: 2px;">Preta</span> <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/>	B.O. <input type="checkbox"/> UCI/I <input type="checkbox"/> Transf. para <input style="width: 100%;" type="text"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Outro <input style="width: 100%;" type="text"/>	
		__ : __	Triagem <input type="checkbox"/> <span style="background-color: red; color: white; padding: 2px;">Vermelha</span> <input type="checkbox"/> <span style="background-color: yellow; padding: 2px;">Amarela</span> <input type="checkbox"/>	__ : __	<span style="background-color: red; color: white; padding: 2px;">Vermelha</span> <input type="checkbox"/> <span style="background-color: yellow; padding: 2px;">Amarela</span> <input type="checkbox"/> <span style="background-color: gray; padding: 2px;">Cinzenta</span> <input type="checkbox"/> <span style="background-color: black; color: white; padding: 2px;">Preta</span> <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/>	B.O. <input type="checkbox"/> UCI/I <input type="checkbox"/> Transf. para <input style="width: 100%;" type="text"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Outro <input style="width: 100%;" type="text"/>	
		__ : __	Triagem <input type="checkbox"/> <span style="background-color: red; color: white; padding: 2px;">Vermelha</span> <input type="checkbox"/> <span style="background-color: yellow; padding: 2px;">Amarela</span> <input type="checkbox"/>	__ : __	<span style="background-color: red; color: white; padding: 2px;">Vermelha</span> <input type="checkbox"/> <span style="background-color: yellow; padding: 2px;">Amarela</span> <input type="checkbox"/> <span style="background-color: gray; padding: 2px;">Cinzenta</span> <input type="checkbox"/> <span style="background-color: black; color: white; padding: 2px;">Preta</span> <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/>	B.O. <input type="checkbox"/> UCI/I <input type="checkbox"/> Transf. para <input style="width: 100%;" type="text"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Outro <input style="width: 100%;" type="text"/>	
		__ : __	Triagem <input type="checkbox"/> <span style="background-color: red; color: white; padding: 2px;">Vermelha</span> <input type="checkbox"/> <span style="background-color: yellow; padding: 2px;">Amarela</span> <input type="checkbox"/>	__ : __	<span style="background-color: red; color: white; padding: 2px;">Vermelha</span> <input type="checkbox"/> <span style="background-color: yellow; padding: 2px;">Amarela</span> <input type="checkbox"/> <span style="background-color: gray; padding: 2px;">Cinzenta</span> <input type="checkbox"/> <span style="background-color: black; color: white; padding: 2px;">Preta</span> <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/>	B.O. <input type="checkbox"/> UCI/I <input type="checkbox"/> Transf. para <input style="width: 100%;" type="text"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Outro <input style="width: 100%;" type="text"/>	
		__ : __	Triagem <input type="checkbox"/> <span style="background-color: red; color: white; padding: 2px;">Vermelha</span> <input type="checkbox"/> <span style="background-color: yellow; padding: 2px;">Amarela</span> <input type="checkbox"/>	__ : __	<span style="background-color: red; color: white; padding: 2px;">Vermelha</span> <input type="checkbox"/> <span style="background-color: yellow; padding: 2px;">Amarela</span> <input type="checkbox"/> <span style="background-color: gray; padding: 2px;">Cinzenta</span> <input type="checkbox"/> <span style="background-color: black; color: white; padding: 2px;">Preta</span> <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/>	B.O. <input type="checkbox"/> UCI/I <input type="checkbox"/> Transf. para <input style="width: 100%;" type="text"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Outro <input style="width: 100%;" type="text"/>	

Legenda: BO - Bloco Operatório; Transf. - Transferência; UCI/I - Unidade de cuidados intensivos/Intermédios; US - Unidade de Saúde; UNC - Utente não de catástrofe.

Nota: Assinalar "X" unicamente se UNC

\* UNC - Consideram-se todos os utentes que recorram à Unidade de Saúde por motivos não diretamente relacionados com a catástrofe.

Nome (legível): \_\_\_\_\_ N.º Mecanográfico: \_\_\_\_\_ Categoria profissional: \_\_\_\_\_



## **Anexo VII**

Modelo DRS.PEUS.007.00 - Área Amarela







* UNC	N.º Triagem Primária	ORIGEM		DESTINO	
		Hora (Triagem)	Área	Hora (Transf.)	Área
		__ : __	Triagem <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>	__ : __	Vermelha <input type="checkbox"/> B.O. <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> UCI/I <input type="checkbox"/> Cinzenta <input type="checkbox"/> Transf. para <input type="text"/> Preta <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>
		__ : __	Triagem <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>	__ : __	Vermelha <input type="checkbox"/> B.O. <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> UCI/I <input type="checkbox"/> Cinzenta <input type="checkbox"/> Transf. para <input type="text"/> Preta <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>
		__ : __	Triagem <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>	__ : __	Vermelha <input type="checkbox"/> B.O. <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> UCI/I <input type="checkbox"/> Cinzenta <input type="checkbox"/> Transf. para <input type="text"/> Preta <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>
		__ : __	Triagem <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>	__ : __	Vermelha <input type="checkbox"/> B.O. <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> UCI/I <input type="checkbox"/> Cinzenta <input type="checkbox"/> Transf. para <input type="text"/> Preta <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>
		__ : __	Triagem <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>	__ : __	Vermelha <input type="checkbox"/> B.O. <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> UCI/I <input type="checkbox"/> Cinzenta <input type="checkbox"/> Transf. para <input type="text"/> Preta <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>
		__ : __	Triagem <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>	__ : __	Vermelha <input type="checkbox"/> B.O. <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> UCI/I <input type="checkbox"/> Cinzenta <input type="checkbox"/> Transf. para <input type="text"/> Preta <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>
		__ : __	Triagem <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>	__ : __	Vermelha <input type="checkbox"/> B.O. <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> UCI/I <input type="checkbox"/> Cinzenta <input type="checkbox"/> Transf. para <input type="text"/> Preta <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>

Legenda: BO - Bloco Operatório; Transf. - Transferência; UCI/I - Unidade de cuidados intensivos/Intermédios; US - Unidade de Saúde; UNC - Utente não de catástrofe

Nota: Assinalar "X" unicamente se UNC

\* UNC - Consideram-se todos os utentes que recorram à Unidade de Saúde por motivos não diretamente relacionados com a catástrofe.

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ Centro de Saúde: \_\_\_\_\_  
(Se aplicável)

Nome (legível): \_\_\_\_\_ N.º Mecanográfico: \_\_\_\_\_ Categoria profissional: \_\_\_\_\_

* UNC	N.º Triagem Primária	ORIGEM		DESTINO	
		Hora (Triagem)	Área	Hora (Transf.)	Área
		__ : __	Triagem <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>	__ : __ Vermelha <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>	Vermelha <input type="checkbox"/> B.O. <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> UCI/I <input type="checkbox"/> Cinzenta <input type="checkbox"/> Transf. para <input type="text"/> Preta <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>
		__ : __	Triagem <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>	__ : __ Vermelha <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>	Vermelha <input type="checkbox"/> B.O. <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> UCI/I <input type="checkbox"/> Cinzenta <input type="checkbox"/> Transf. para <input type="text"/> Preta <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>
		__ : __	Triagem <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>	__ : __ Vermelha <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>	Vermelha <input type="checkbox"/> B.O. <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> UCI/I <input type="checkbox"/> Cinzenta <input type="checkbox"/> Transf. para <input type="text"/> Preta <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>
		__ : __	Triagem <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>	__ : __ Vermelha <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>	Vermelha <input type="checkbox"/> B.O. <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> UCI/I <input type="checkbox"/> Cinzenta <input type="checkbox"/> Transf. para <input type="text"/> Preta <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>
		__ : __	Triagem <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>	__ : __ Vermelha <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>	Vermelha <input type="checkbox"/> B.O. <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> UCI/I <input type="checkbox"/> Cinzenta <input type="checkbox"/> Transf. para <input type="text"/> Preta <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>
		__ : __	Triagem <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>	__ : __ Vermelha <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>	Vermelha <input type="checkbox"/> B.O. <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> UCI/I <input type="checkbox"/> Cinzenta <input type="checkbox"/> Transf. para <input type="text"/> Preta <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>
		__ : __	Triagem <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>	__ : __ Vermelha <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>	Vermelha <input type="checkbox"/> B.O. <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> UCI/I <input type="checkbox"/> Cinzenta <input type="checkbox"/> Transf. para <input type="text"/> Preta <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>
		__ : __	Triagem <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>	__ : __ Vermelha <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>	Vermelha <input type="checkbox"/> B.O. <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> UCI/I <input type="checkbox"/> Cinzenta <input type="checkbox"/> Transf. para <input type="text"/> Preta <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>

Legenda: BO - Bloco Operatório; Transf. - Transferência; UCI/I - Unidade de cuidados intensivos/Intermédios; US - Unidade de Saúde; UNC - Utente não de catástrofe

Nota: Assinalar "X" unicamente se UNC

\* UNC - Consideram-se todos os utentes que recorram à Unidade de Saúde por motivos não diretamente relacionados com a catástrofe.

Nome (legível): \_\_\_\_\_ N.º Mecanográfico: \_\_\_\_\_ Categoria profissional: \_\_\_\_\_

## **Anexo VIII**

Modelo DRS.PEUS.008.00 - Área Vermelha





**Área Vermelha**

A preencher na área vermelha da unidade de saúde

Folha Número :

* UNC	Nº Triagem Primaria	ORIGEM		DESTINO	
		Hora (Triagem)	Área	Hora (Transf.)	Área
		__ : __	Triagem <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>	__ : __	Amarela <input type="checkbox"/> B.O. <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> UCI/I <input type="checkbox"/> Cinzenta <input type="checkbox"/> Transf. para <input type="text"/> Preta <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>
		__ : __	Triagem <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>	__ : __	Amarela <input type="checkbox"/> B.O. <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> UCI/I <input type="checkbox"/> Cinzenta <input type="checkbox"/> Transf. para <input type="text"/> Preta <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>
		__ : __	Triagem <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>	__ : __	Amarela <input type="checkbox"/> B.O. <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> UCI/I <input type="checkbox"/> Cinzenta <input type="checkbox"/> Transf. para <input type="text"/> Preta <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>
		__ : __	Triagem <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>	__ : __	Amarela <input type="checkbox"/> B.O. <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> UCI/I <input type="checkbox"/> Cinzenta <input type="checkbox"/> Transf. para <input type="text"/> Preta <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>
		__ : __	Triagem <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>	__ : __	Amarela <input type="checkbox"/> B.O. <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> UCI/I <input type="checkbox"/> Cinzenta <input type="checkbox"/> Transf. para <input type="text"/> Preta <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>
		__ : __	Triagem <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>	__ : __	Amarela <input type="checkbox"/> B.O. <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> UCI/I <input type="checkbox"/> Cinzenta <input type="checkbox"/> Transf. para <input type="text"/> Preta <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>
		__ : __	Triagem <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>	__ : __	Amarela <input type="checkbox"/> B.O. <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> UCI/I <input type="checkbox"/> Cinzenta <input type="checkbox"/> Transf. para <input type="text"/> Preta <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>

Legenda: BO - Bloco Operatório; Transf. - Transferência; UCI/I - Unidade de cuidados intensivos/Intermédios; US - Unidade de Saúde; UNC - Utente não de catástrofe

Nota: Assinalar "X" unicamente se UNC

\*UNC - Consideram-se todos os utentes que recorram à Unidade de Saúde por motivos não diretamente relacionados com a catástrofe.

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ Centro de Saúde: \_\_\_\_\_  
(Se aplicável)

Nome (legível): \_\_\_\_\_ N.º Mecanográfico: \_\_\_\_\_ Categoria profissional: \_\_\_\_\_



A preencher na área vermelha da unidade de saúde  
(Verso)

* UNC	Nº Triagem Primaria	ORIGEM		DESTINO	
		Hora (Triagem)	Área	Hora (Transf.)	Área
		__ : __	Triagem <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>	__ : __	Amarela <input type="checkbox"/> B.O. <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> UCI/I <input type="checkbox"/> Cinzenta <input type="checkbox"/> Transf. para <input type="text"/> Preta <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>
		__ : __	Triagem <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>	__ : __	Amarela <input type="checkbox"/> B.O. <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> UCI/I <input type="checkbox"/> Cinzenta <input type="checkbox"/> Transf. para <input type="text"/> Preta <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>
		__ : __	Triagem <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>	__ : __	Amarela <input type="checkbox"/> B.O. <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> UCI/I <input type="checkbox"/> Cinzenta <input type="checkbox"/> Transf. para <input type="text"/> Preta <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>
		__ : __	Triagem <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>	__ : __	Amarela <input type="checkbox"/> B.O. <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> UCI/I <input type="checkbox"/> Cinzenta <input type="checkbox"/> Transf. para <input type="text"/> Preta <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>
		__ : __	Triagem <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>	__ : __	Amarela <input type="checkbox"/> B.O. <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> UCI/I <input type="checkbox"/> Cinzenta <input type="checkbox"/> Transf. para <input type="text"/> Preta <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>
		__ : __	Triagem <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>	__ : __	Amarela <input type="checkbox"/> B.O. <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> UCI/I <input type="checkbox"/> Cinzenta <input type="checkbox"/> Transf. para <input type="text"/> Preta <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>
		__ : __	Triagem <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>	__ : __	Amarela <input type="checkbox"/> B.O. <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> UCI/I <input type="checkbox"/> Cinzenta <input type="checkbox"/> Transf. para <input type="text"/> Preta <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>
		__ : __	Triagem <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>	__ : __	Amarela <input type="checkbox"/> B.O. <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> UCI/I <input type="checkbox"/> Cinzenta <input type="checkbox"/> Transf. para <input type="text"/> Preta <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>

Legenda: BO - Bloco Operatório; Transf. - Transferência; UCI/I - Unidade de cuidados intensivos/Intermédios; US - Unidade de Saúde; UNC - Utente não de catástrofe

Nota: Assinalar "X" unicamente se UNC

\* UNC - Consideram-se todos os utentes que recorram à Unidade de Saúde por motivos não diretamente relacionados com a catástrofe.

Nome (legível): \_\_\_\_\_ N.º Mecanográfico: \_\_\_\_\_ Categoria profissional: \_\_\_\_\_



## **Anexo IX**

Modelo DRS.PEUS.009.00 - Área Cinzenta







A preencher na área cinzenta do hospital

Folha Número :

* UNC	Nº Triagem Primária	ORIGEM		DESTINO			
		Hora (Triagem)	Área	Hora (Transf.)	Área		
		__ : __	Triagem <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>	__ : __	Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/>	B.O. <input type="checkbox"/> UCI/I <input type="checkbox"/> Transf. para <input type="text"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>	
		__ : __	Triagem <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>	__ : __	Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/>	B.O. <input type="checkbox"/> UCI/I <input type="checkbox"/> Transf. para <input type="text"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>	
		__ : __	Triagem <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>	__ : __	Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/>	B.O. <input type="checkbox"/> UCI/I <input type="checkbox"/> Transf. para <input type="text"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>	
		__ : __	Triagem <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>	__ : __	Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/>	B.O. <input type="checkbox"/> UCI/I <input type="checkbox"/> Transf. para <input type="text"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>	
		__ : __	Triagem <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>	__ : __	Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/>	B.O. <input type="checkbox"/> UCI/I <input type="checkbox"/> Transf. para <input type="text"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>	
		__ : __	Triagem <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>	__ : __	Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/>	B.O. <input type="checkbox"/> UCI/I <input type="checkbox"/> Transf. para <input type="text"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>	
		__ : __	Triagem <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>	__ : __	Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/>	B.O. <input type="checkbox"/> UCI/I <input type="checkbox"/> Transf. para <input type="text"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>	

Legenda: BO-Bloco Operatório; Transf.-Transferência; UCI/I-Unidade de cuidados intensivos/Intermédios; UNC-Utente não de catástrofe.  
 Nota: Assinalar "X" unicamente se UNC.Consideram-se UNC todos os utentes que recorram à Unidade de Saúde por motivos não diretamente relacionados com a catástrofe.

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ Centro de Saúde: \_\_\_\_\_  
 (Se aplicável)

Nome (legível): \_\_\_\_\_ N.º Mecanográfico: \_\_\_\_\_ Categoria profissional: \_\_\_\_\_



* UNC	Nº Triagem Primária	ORIGEM		DESTINO	
		Hora (Triagem)	Área	Hora (Transf.)	Área
		__ : __	Triagem <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>	__ : __	Vermelha <input type="checkbox"/> B.O. <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> UCI/I <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Transf. para <input type="text"/> Preta <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>
		__ : __	Triagem <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>	__ : __	Vermelha <input type="checkbox"/> B.O. <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> UCI/I <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Transf. para <input type="text"/> Preta <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>
		__ : __	Triagem <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>	__ : __	Vermelha <input type="checkbox"/> B.O. <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> UCI/I <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Transf. para <input type="text"/> Preta <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>
		__ : __	Triagem <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>	__ : __	Vermelha <input type="checkbox"/> B.O. <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> UCI/I <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Transf. para <input type="text"/> Preta <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>
		__ : __	Triagem <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>	__ : __	Vermelha <input type="checkbox"/> B.O. <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> UCI/I <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Transf. para <input type="text"/> Preta <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>
		__ : __	Triagem <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>	__ : __	Vermelha <input type="checkbox"/> B.O. <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> UCI/I <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Transf. para <input type="text"/> Preta <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>
		__ : __	Triagem <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>	__ : __	Vermelha <input type="checkbox"/> B.O. <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> UCI/I <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Transf. para <input type="text"/> Preta <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>

Legenda: BO-Bloco Operatório; Transf.-Transferência; UCI/I-Unidade de cuidados intensivos/Intermédios; UNC-Utente não de catástrofe.

Nota: Assinalar "X" unicamente se UNC.Consideram-se UNC todos os utentes que recorram à Unidade de Saúde por motivos não diretamente relacionados com a catástrofe.

Nome (legível): \_\_\_\_\_ N.º Mecanográfico: \_\_\_\_\_ Categoria profissional: \_\_\_\_\_

## **Anexo X**

Modelo DRS.PEUS.010.00 - Morgue





*1 UNC	Nº Triagem (Unidade Saúde) Nome ou Observações*2	Data e Hora de Chegada (à morgue)	Área de Origem	Data e Hora de Saída (da morgue)	Destino
	Número: _____ Nome: _____ Obs.: _____	____/____/____ ____:____	Triagem <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Serviço <input type="text"/> Verde <input type="checkbox"/> Exterior <input type="text"/> Cinzenta <input type="checkbox"/> Outros <input type="text"/>	____/____/____ ____:____	_____ _____ _____
	Número: _____ Nome: _____ Obs.: _____	____/____/____ ____:____	Triagem <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Serviço <input type="text"/> Verde <input type="checkbox"/> Exterior <input type="text"/> Cinzenta <input type="checkbox"/> Outros <input type="text"/>	____/____/____ ____:____	_____ _____ _____
	Número: _____ Nome: _____ Obs.: _____	____/____/____ ____:____	Triagem <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Serviço <input type="text"/> Verde <input type="checkbox"/> Exterior <input type="text"/> Cinzenta <input type="checkbox"/> Outros <input type="text"/>	____/____/____ ____:____	_____ _____ _____
	Número: _____ Nome: _____ Obs.: _____	____/____/____ ____:____	Triagem <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Serviço <input type="text"/> Verde <input type="checkbox"/> Exterior <input type="text"/> Cinzenta <input type="checkbox"/> Outros <input type="text"/>	____/____/____ ____:____	_____ _____ _____
	Número: _____ Nome: _____ Obs.: _____	____/____/____ ____:____	Triagem <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Serviço <input type="text"/> Verde <input type="checkbox"/> Exterior <input type="text"/> Cinzenta <input type="checkbox"/> Outros <input type="text"/>	____/____/____ ____:____	_____ _____ _____

\*1 UNC- Utente não relacionado com a catástrofe. Nota: Assinalar "X" unicamente se UNC. Consideram-se UNC todos os utentes que recorram à Unidade de Saúde por motivos não diretamente relacionados com a catástrofe.  
 Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ Centro de Saúde (se aplicável): \_\_\_\_\_

Nome (legível): \_\_\_\_\_ N.º Mecanográfico: \_\_\_\_\_ Categoria profissional: \_\_\_\_\_



**Morgue**

Verso

*1 UNC	Nº Triagem (Unidade Saúde) Nome ou Observações*2	Data e Hora de Chegada (à morgue)	Área de Origem	Data e Hora de Saída (da morgue)	Destino
	Número: _____ Nome: _____ Obs.: _____	____/____/____ ____:____	Triagem <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Serviço _____ Verde <input type="checkbox"/> Exterior _____ Cinzenta <input type="checkbox"/> Outros _____	____/____/____ ____:____	_____ _____ _____
	Número: _____ Nome: _____ Obs.: _____	____/____/____ ____:____	Triagem <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Serviço _____ Verde <input type="checkbox"/> Exterior _____ Cinzenta <input type="checkbox"/> Outros _____	____/____/____ ____:____	_____ _____ _____
	Número: _____ Nome: _____ Obs.: _____	____/____/____ ____:____	Triagem <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Serviço _____ Verde <input type="checkbox"/> Exterior _____ Cinzenta <input type="checkbox"/> Outros _____	____/____/____ ____:____	_____ _____ _____
	Número: _____ Nome: _____ Obs.: _____	____/____/____ ____:____	Triagem <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Serviço _____ Verde <input type="checkbox"/> Exterior _____ Cinzenta <input type="checkbox"/> Outros _____	____/____/____ ____:____	_____ _____ _____
	Número: _____ Nome: _____ Obs.: _____	____/____/____ ____:____	Triagem <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Serviço _____ Verde <input type="checkbox"/> Exterior _____ Cinzenta <input type="checkbox"/> Outros _____	____/____/____ ____:____	_____ _____ _____

\*1 UNC -Uteente não relacionado com a catástrofe. Nota: Assinalar "X" unicamente se UNC. Consideram-se UNC todos os utentes que recorram à Unidade de Saúde por motivos não diretamente relacionados com a catástrofe.

Nome (legível): \_\_\_\_\_ N.º Mecanográfico: \_\_\_\_\_ Categoria profissional: \_\_\_\_\_

2-2



## Anexo XI

Modelo DRS.PEUS.011.00 - Fita de tempo







Designação do sinistro: \_\_\_\_\_

Folha Nº : \_\_\_\_\_

Data : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Global  Local:

Hora	Origem/Destino	Mensagem
:		
:		
:		
:		
:		
:		

Nome do responsável pelo registo (legível): \_\_\_\_\_

Número Mecanográfico: \_\_\_\_\_

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ Centro de Saúde: \_\_\_\_\_

(Se aplicável)



Hora	Origem/Destino	Mensagem
:		
:		
:		
:		
:		
:		

Modelo DRS.PEUS.011.00 Circular Normativa n.º DRS-CNORM/2022/12, de 2022-06-15

Nome do responsável pelo registo (legível): \_\_\_\_\_

Número Mecanográfico: \_\_\_\_\_

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ Centro de Saúde: \_\_\_\_\_

(Se aplicável)

2-2



## **Anexo XII**

Modelo DRS.PEUS. 012.00 - Triagem e outros Registos





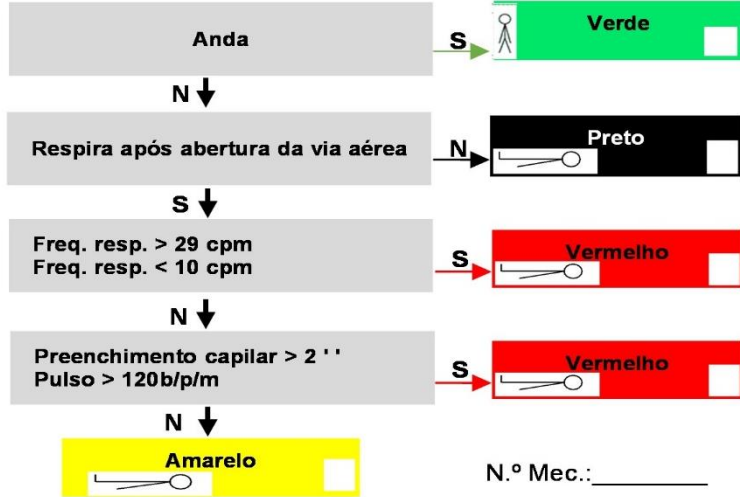


Data: / /

Hora: :

Vítima n.º

**1. AVALIAÇÃO PRIMÁRIA**



N.º Mec.: \_\_\_\_\_

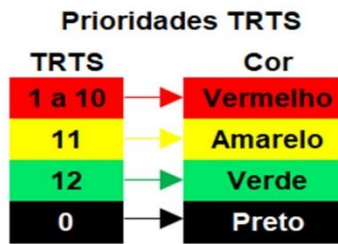
Observações:

Escala TRTS

Frequência respiratória	10 a 29	4
	> 29	3
	6 a 9	2
	1 a 5	1
	0	0
Pressão arterial sistólica	> 90	4
	76 a 89	3
	50 a 75	2
	1 a 49	1
	0	0
Escala de coma de Glasgow	13 a 15	4
	9 a 12	3
	6 a 8	2
	4 a 5	1
	3	0

**2. AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA**

HORA	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
	Av	TRTS	Av	TRTS	Av	TRTS	Av	TRTS	Av	TRTS	Av	TRTS
Freq. Resp												
PA Sist.												
Glasgow												
	Total		Total		Total		Total		Total		Total	
Cor Prioridade	1 - 10		1 - 10		1 - 10		1 - 10		1 - 10		1 - 10	
	11		11		11		11		11		11	
	12		12		12		12		12		12	
	0		0		0		0		0		0	
Nº Mec.												



	Adulto	< 2 anos		
Resposta ocular	Expontânea	4	Expontânea	4
	À voz	3	À voz	3
	À dor	2	À dor	2
	Sem resposta	1	Sem resposta	1
Resposta verbal	Orientada	5	Sorri, escuta, acompanha	5
	Confusa	4	Chora, mas é consolável	4
	Inapropriada	3	Choro persistente inapropriado	3
	Incompreensível	2	Agitada e inquieta	2
	Sem resposta	1	Sem resposta	1
Resposta motora	À ordem	6	À ordem	6
	Localizada	5	Localizada	5
	Em fuga	4	Em fuga	4
	Em flexão	3	Em flexão	3
	Em extensão	2	Em extensão	2
	Sem resposta	1	Sem resposta	1

Legenda: Av - Avaliação; PA - Pressão Arterial; TRTS - Triage Revised Trauma Score

Modelo DRS-PEUS: 012.00 Circular Normativa n.º DRS-CNORM/2022/12, de 2022-06-15



### 3. IDENTIFICAÇÃO DO/A UTENTE (Etiqueta)

Nome: \_\_\_\_\_

Data Nasc.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Nº Utente: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
(anos) (meses)

Nº Benef.: \_\_\_\_\_ Subsistema: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

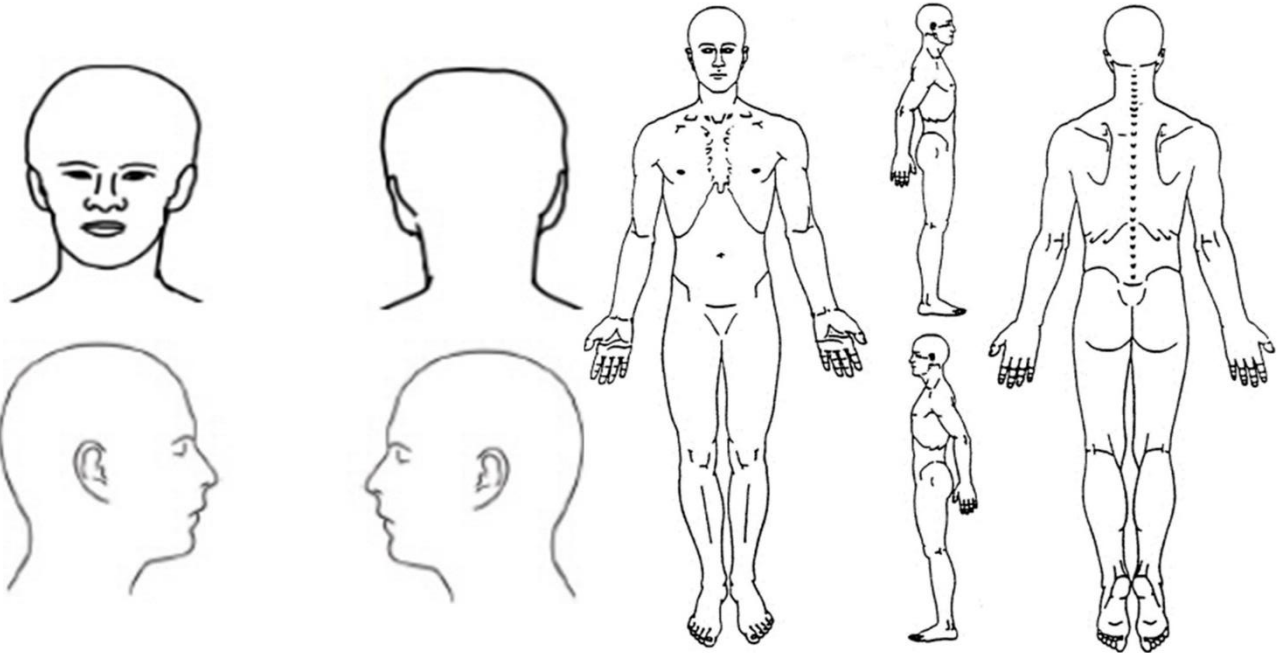
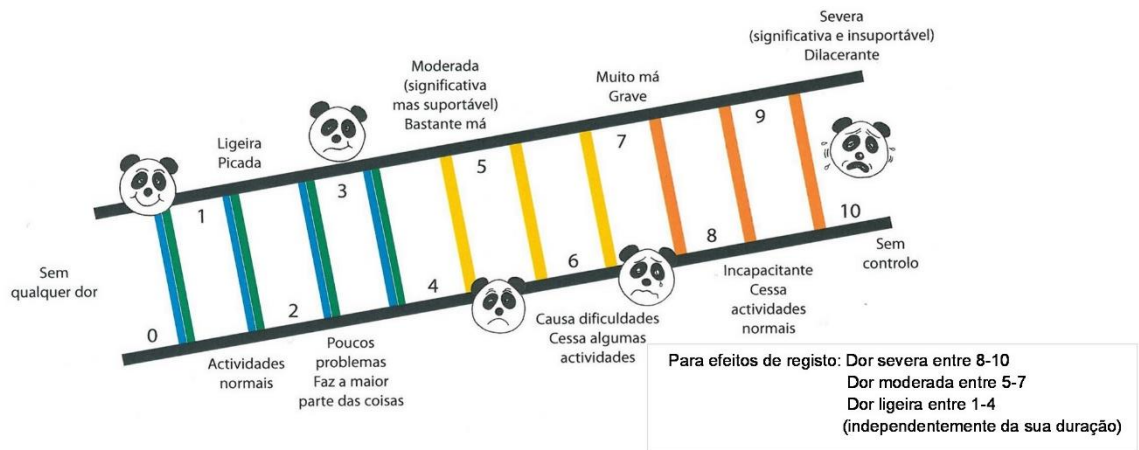
Cód. Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Contactos: \_\_\_\_\_

Utente **não** catástrofe

### 4. AVALIAÇÃO

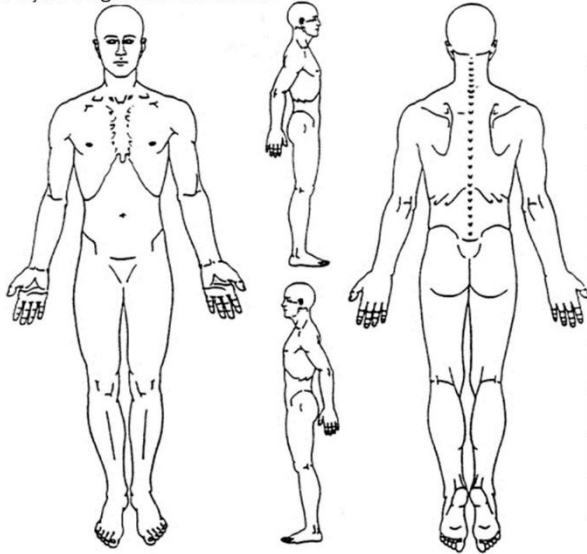
#### RÉGUA DA DOR © Grupo Português de Triagem



Legenda: Dor - D      Ferida - F      Fratura - #      Hematoma - H      Queimadura - Q

Modelo DRS PEUS: 012.00      Circular Normativa n.º DRS-CNORM/2022/12, de 2022-06-15

5. PROCEDIMENTOS



Legenda	Data dd/mm/aaaa	Hora
• Cateter Central - CC	/ /	:
• Cateter Venoso Periférico n.º ____ - CVP	/ /	:
• Dreno Torácico - DT	/ /	:
• Penso - PS	/ /	:
• Sonda Nasogástrica n.º ____ - SNG	/ /	:
• Sonda Vesical n.º ____ - SV	/ /	:
• Tala - TL	/ /	:
• Tubo Traqueal n.º ____ - TT	/ /	:
• Ventilação Mecânica - VM	/ /	:

PARÂMETROS



Nº Mec.: \_\_\_\_\_

Nº Mec.: \_\_\_\_\_

Nº Mec.: \_\_\_\_\_

Nº Mec.: \_\_\_\_\_

Nº Mec.: \_\_\_\_\_

Para efeitos de registo nos campos D1, D2 e D3 deverá ser especificado o tipo de dreno. Exemplo : DT, SV, SNG, ...

Hora	Glasgow	Dor	TA	FR	FC	Temp.	Glic.	SpO <sub>2</sub>	Débito urinário	D <sub>1</sub>	D <sub>2</sub>	D <sub>3</sub>
:			/									
:			/									
:			/									
:			/									
:			/									
:			/									
:			/									
:			/									
:			/									
:			/									
:			/									
:			/									
:			/									
:			/									
:			/									
:			/									
:			/									
:			/									
:			/									

Legenda:  
D<sub>1</sub> - Dreno 1; D<sub>2</sub> - Dreno 2; D<sub>3</sub> - Dreno 3; Glic. - Glicémia capilar; FC - Frequência Cardíaca; FR - Frequência Respiratória; Nº Mec. - Número mecanográfico; SpO<sub>2</sub> - Saturação periférica de Oxigénio capilar; TA - Tensão Arterial; Temp. - Temperatura.

Modelo DRS-PEUS. 012.00 Circular Normativa n.º DRS-CNORM/2022/12, de 2022-06-15



Médico/a						Enfermeiro/a			Observações
Fármaco	Dose	Via ADM	Frequência	Rúbrica	Nº Mec.	Hora ADM	Rúbrica	Nº Mec.	
						:			
						:			
						:			
						:			
						:			
						:			
						:			
						:			
						:			
						:			
						:			
						:			
						:			
						:			
						:			
						:			
						:			

Circular Normativa n.º DRS-CNORM/2022/12, de 2022-06-15

Modelo DRS/PEUS\_012.00

<input type="checkbox"/> Hemograma	Hora (colheita) <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Gasimetria	Hora (colheita) <input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ECG	Hora (realização) <input type="text"/> : <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Coagulação				<input type="checkbox"/> RX	<input type="text"/> : <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Bioquímica				<input type="checkbox"/> Ecografia	<input type="text"/> : <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Tipagem				<input type="checkbox"/> TAC	<input type="text"/> : <input type="text"/>
				<input type="checkbox"/> Outro	<input type="text"/> : <input type="text"/>

Legenda:  
 ADM - Administração;  
 ECG - Eletrocardiograma;  
 Nº Mec. - Número mecanográfico;  
 RX - Raio X;  
 TAC - Tomografia Axial Computadorizada.





Data dd/mm/aaaa	Hora	Registos de Enfermagem
/ /	:	
/ /	:	
/ /	:	
/ /	:	
/ /	:	
/ /	:	
/ /	:	
/ /	:	
/ /	:	
/ /	:	
/ /	:	
/ /	:	



Data dd/mm/aaaa	Hora	Registo Médico
/ /	:	
/ /	:	
/ /	:	
/ /	:	
/ /	:	
/ /	:	
/ /	:	
/ /	:	

**Destino:**

<input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Internamento	_____	Data: _____	Médico/a: _____	N.º Mecanográfico: _____
<input type="checkbox"/> Óbito	<input type="checkbox"/> Encaminhamento	_____	Hora: _____	Enfermeiro/a: _____	N.º Mecanográfico: _____
				Data: _____/_____/_____	Hora: _____:_____
					Vítima n.º _____

**Observações:**

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ Centro de Saúde (se aplicável): \_\_\_\_\_



## **Anexo XIII**

Modelo DRS.PEUS.013.00 - Ponto de Encontro - Registo de Entradas e Saídas dos  
Enfermeiros





A preencher na unidade de saúde

Folha Nº : \_\_\_\_\_

Nome	Número Mec.º	Data (dd/mm/aaaa)	Hora de Chegada	Local de Trabalho		Hora de Saída o serviço / local**	Observações (ex: Saída para outro local e/ou contacto)
				No quotidiano	Destacado para o serviço local		
		/ /	__:			__:	
		/ /	__:			__:	
		/ /	__:			__:	
		/ /	__:			__:	
		/ /	__:			__:	
		/ /	__:			__:	
		/ /	__:			__:	
		/ /	__:			__:	
		/ /	__:			__:	
		/ /	__:			__:	
		/ /	__:			__:	
		/ /	__:			__:	

\*- Número Mecanográfico ; \*\* serviço/local para o qual o profissional foi destacado

Data (Fim de Preenchimento) : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ Centro de Saúde (se aplicável): \_\_\_\_\_

Nome (legível): \_\_\_\_\_ Número Mecanográfico: \_\_\_\_\_ Categoria Profissional: \_\_\_\_\_



Nome	Número Mec.º	Data (dd/mm/aaaa)	Hora de Chegada	Local de Trabalho		Hora de Saída o serviço / local**	Observações (ex: Saída para outro local e/ou contacto)
				No quotidiano	Destacado para o serviço local		
		/ /	: :			: :	
		/ /	: :			: :	
		/ /	: :			: :	
		/ /	: :			: :	
		/ /	: :			: :	
		/ /	: :			: :	
		/ /	: :			: :	
		/ /	: :			: :	
		/ /	: :			: :	
		/ /	: :			: :	
		/ /	: :			: :	
		/ /	: :			: :	

\*- Número Mecanográfico; \*\* serviço/local para o qual o profissional foi destacado

Data (Fim de Preenchimento) : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ Centro de Saúde (se aplicável): \_\_\_\_\_

Nome (legível): \_\_\_\_\_ Número Mecanográfico: \_\_\_\_\_ Categoria Profissional: \_\_\_\_\_

2-2



## **Anexo XIV**

Modelo DRS.PEUS.014.00 - Ponto de Encontro - Registo de Entradas e Saídas dos  
Médicos







Nome	Número Mec.º	Data (dd/mm/aaaa)	Hora de Chegada	Local de Trabalho		Hora Saída para o serviço/local**	Observações (ex: Saída para outro local e/ou contacto)
				Quotidiano	Destacado para:		
		/ /	_:			_:	
		/ /	_:			_:	
		/ /	_:			_:	
		/ /	_:			_:	
		/ /	_:			_:	
		/ /	_:			_:	
		/ /	_:			_:	
		/ /	_:			_:	
		/ /	_:			_:	
		/ /	_:			_:	
		/ /	_:			_:	
		/ /	_:			_:	

\*- Número Mecanográfico; \*\* serviço/local para o qual o profissional foi destacado para exercer funções

Data (Fim de Preenchimento) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ Centro de Saúde (se aplicável): \_\_\_\_\_

Nome (legível): \_\_\_\_\_ Número Mecanográfico: \_\_\_\_\_ Categoria profissional: \_\_\_\_\_



Nome	Número Mec.º	Data (dd/mm/aaaa)	Hora de Chegada	Local de Trabalho		Hora Saída para o serviço/local**	Observações (ex: Saída para outro local e/ou contacto)
				Quotidiano	Destacado para:		
		/ /	__:__			__:__	
		/ /	__:__			__:__	
		/ /	__:__			__:__	
		/ /	__:__			__:__	
		/ /	__:__			__:__	
		/ /	__:__			__:__	
		/ /	__:__			__:__	
		/ /	__:__			__:__	
		/ /	__:__			__:__	
		/ /	__:__			__:__	
		/ /	__:__			__:__	
		/ /	__:__			__:__	
		/ /	__:__			__:__	
		/ /	__:__			__:__	

\*- Número Mecanográfico; \*\* serviço/local para o qual o profissional foi destacado para exercer funções

Data (Fim de Preenchimento) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ Centro de Saúde (se aplicável): \_\_\_\_\_

Nome (legível): \_\_\_\_\_ Número Mecanográfico: \_\_\_\_\_ Categoria profissional: \_\_\_\_\_



## **Anexo XV**

Modelo DRS.PEUS.015.00 - Ponto de Encontro - Registo de Entradas e Saídas dos  
Assistentes Técnicos





Nome	Número Mec.*	Data (dd/mm/aaaa)	Hora de Chegada	Local de Trabalho		Hora saída para o serviço/local **	Observações (ex: Saída para outro local e/ou contacto)
				Quotidiano	Destacado para:		
		/ /	__:__			__:__	
		/ /	__:__			__:__	
		/ /	__:__			__:__	
		/ /	__:__			__:__	
		/ /	__:__			__:__	
		/ /	__:__			__:__	
		/ /	__:__			__:__	
		/ /	__:__			__:__	
		/ /	__:__			__:__	
		/ /	__:__			__:__	
		/ /	__:__			__:__	
		/ /	__:__			__:__	
		/ /	__:__			__:__	

\*- Número Mecanográfico ; serviço/local para o qual o profissional foi destacado para exercer funções

Data (Fim de Preenchimento) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ Centro de Saúde (se aplicável): \_\_\_\_\_

Nome (legível): \_\_\_\_\_ Número Mecanográfico: \_\_\_\_\_ Categoria profissional: \_\_\_\_\_

1-2



Nome	Número Mec.º	Data (dd/mm/aaaa)	Hora de Chegada	Local de Trabalho		Hora saída para o serviço/ local **	Observações (ex: Saída para outro local e/ou contacto)
				Quotidiano	Destacado para:		
		/ /	__:			__:	
		/ /	__:			__:	
		/ /	__:			__:	
		/ /	__:			__:	
		/ /	__:			__:	
		/ /	__:			__:	
		/ /	__:			__:	
		/ /	__:			__:	
		/ /	__:			__:	
		/ /	__:			__:	
		/ /	__:			__:	
		/ /	__:			__:	
		/ /	__:			__:	
		/ /	__:			__:	
		/ /	__:			__:	

\*- Número Mecanográfico ; serviço/local para o qual o profissional foi destacado para exercer funções

Data (Fim de Preenchimento) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ Centro de Saúde (se aplicável): \_\_\_\_\_

Nome (legível): \_\_\_\_\_ Número Mecanográfico: \_\_\_\_\_ Categoria profissional: \_\_\_\_\_

2-2



## **Anexo XVI**

Modelo DRS.PEUS.016.00 - Ponto de Encontro - Registo de Entradas e Saídas dos  
Assistentes Operacionais







Nome	Número Mec.-	Data (dd/mm/aaaa)	Hora de Chegada	Local de Trabalho		Hora Saída para o serviço/local**	Observações (ex: Saída para outro local e/ou contacto)
				Quotidiano	Destacado para:		
		/ /	: :			: :	
		/ /	: :			: :	
		/ /	: :			: :	
		/ /	: :			: :	
		/ /	: :			: :	
		/ /	: :			: :	
		/ /	: :			: :	
		/ /	: :			: :	
		/ /	: :			: :	
		/ /	: :			: :	
		/ /	: :			: :	
		/ /	: :			: :	
		/ /	: :			: :	
		/ /	: :			: :	

\*- Número Mecanográfico ; \*\* serviço/local para o qual o profissional foi destacado para exercer funções

Data (Fim de Preenchimento) : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ Centro de Saúde (se aplicável): \_\_\_\_\_

Nome (legível): \_\_\_\_\_ Número Mecanográfico: \_\_\_\_\_ Categoria profissional: \_\_\_\_\_



Nome	Número Mec.º	Data (dd/mm/aaaa)	Hora de Chegada	Local de Trabalho		Hora Saída para o serviço/local**	Observações (ex: Saída para outro local e/ou contacto)
				Quotidiano	Destacado para:		
		/ /	__:__			__:__	
		/ /	__:__			__:__	
		/ /	__:__			__:__	
		/ /	__:__			__:__	
		/ /	__:__			__:__	
		/ /	__:__			__:__	
		/ /	__:__			__:__	
		/ /	__:__			__:__	
		/ /	__:__			__:__	
		/ /	__:__			__:__	
		/ /	__:__			__:__	
		/ /	__:__			__:__	
		/ /	__:__			__:__	

\*- Número Mecanográfico; \*\* serviço/local para o qual o profissional foi destacado para exercer funções

Data (Fim de Preenchimento) : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ Centro de Saúde (se aplicável): \_\_\_\_\_

Nome (legível): \_\_\_\_\_ Número Mecanográfico: \_\_\_\_\_ Categoria profissional: \_\_\_\_\_

2-2



## **Anexo XVII**

Modelo DRS.PEUS.017.00 - Ponto de Encontro - Registo de Entradas e Saídas dos  
Outros Funcionários





Nome	Número Mec.º	Data (dd/mm/aaaa)	Hora de Chegada	Local de Trabalho		Hora saída para o serviço/local**	Observações (ex: Saída para outro local e/ou contacto)
				Quotidiano	Destacado para:		
		/ /	__:			__:	
		/ /	__:			__:	
		/ /	__:			__:	
		/ /	__:			__:	
		/ /	__:			__:	
		/ /	__:			__:	
		/ /	__:			__:	
		/ /	__:			__:	
		/ /	__:			__:	
		/ /	__:			__:	
		/ /	__:			__:	
		/ /	__:			__:	

\*- Número Mecanográfico; \*\* serviço/local para o qual o profissional foi destacado para exercer funções

Data (Fim de Preenchimento) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ Centro de Saúde (se aplicável): \_\_\_\_\_

Nome (legível): \_\_\_\_\_ Número Mecanográfico: \_\_\_\_\_ Categoria profissional: \_\_\_\_\_

1-2



Ponto de Encontro - Registo de Entradas e Saídas dos OUTROS FUNCIONÁRIOS

A preencher na unidade de saúde

Verso

Nome	Número Mec.º	Data (dd/mm/aaaa)	Hora de Chegada	Local de Trabalho		Hora saída para o serviço/local**	Observações (ex: Saída para outro local e/ou contacto)
				Quotidiano	Destacado para:		
		/ /	: :			: :	
		/ /	: :			: :	
		/ /	: :			: :	
		/ /	: :			: :	
		/ /	: :			: :	
		/ /	: :			: :	
		/ /	: :			: :	
		/ /	: :			: :	
		/ /	: :			: :	
		/ /	: :			: :	
		/ /	: :			: :	
		/ /	: :			: :	
		/ /	: :			: :	
		/ /	: :			: :	

\*. Número Mecanográfico; \*\* serviço/local para o qual o profissional foi destacado para exercer funções

Data (Fim de Preenchimento) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ Centro de Saúde (se aplicável): \_\_\_\_\_

Nome (legível): \_\_\_\_\_ Número Mecanográfico: \_\_\_\_\_ Categoria profissional: \_\_\_\_\_

2-2



Região Autónoma dos Açores  
Secretaria Regional da Saúde e Desporto

Solar dos Remédios  
9701-855 Angra do Heroísmo

telef. | 295 204 200  
fax | 295 204 252

sres-drs@azores.gov.pt  
www.azores.gov.pt

## **Anexo XVIII**

Modelo DRS.PEUS.018.00 - Triagem Secundária e Outros Registos







Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ \*  
Vítima n.º \_\_\_\_\_

N.º Triagem de Primária (SRPCBA) \_\_\_\_\_

**Vermelho**  **Amarelo**  **Verde**

Designação do sinistro: \_\_\_\_\_

**AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA**

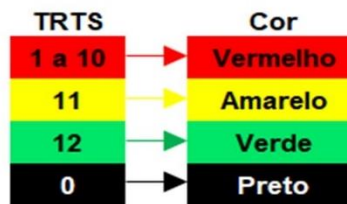
HORA	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
	Av	TRTS	Av	TRTS	Av	TRTS	Av	TRTS	Av	TRTS	Av	TRTS	Av	TRTS	Av	TRTS	Av	TRTS	Av	TRTS	Av	TRTS	
Freq. Resp																							
PA Sist.																							
Glasgow																							
	Total		Total		Total		Total		Total		Total		Total		Total		Total		Total		Total		Total
Cor Prioridade	1 - 10		1 - 10		1 - 10		1 - 10		1 - 10		1 - 10		1 - 10		1 - 10		1 - 10		1 - 10		1 - 10		1 - 10
	11		11		11		11		11		11		11		11		11		11		11		11
	12		12		12		12		12		12		12		12		12		12		12		12
	0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0
Nº Mec.																							

Observações:

Escala TRTS

		10 a 29	4
Frequência respiratória	> 29		3
	6 a 9		2
	1 a 5		1
	0		0
Pressão arterial sistólica	≥ 90		4
	76 a 89		3
	50 a 75		2
	1 a 49		1
	0		0
Escala de coma de Glasgow	13 a 15		4
	9 a 12		3
	6 a 8		2
	4 a 5		1
	3		0

Prioridades TRTS



Adulto

< 2 anos

Resposta ocular	Expontânea	4	Expontânea	4
	À voz	3	À voz	3
	À dor	2	À dor	2
	Sem resposta	1	Sem resposta	1
Resposta verbal	Orientada	5	Sorri, escuta, acompanha	5
	Confusa	4	Chora, mas é consolável	4
	Inapropriada	3	Choro persistente inapropriado	3
	Incompreensível	2	Agitada e inquieta	2
	Sem resposta	1	Sem resposta	1
Resposta motora	À ordem	6	À ordem	6
	Localizada	5	Localizada	5
	Em fuga	4	Em fuga	4
	Em flexão	3	Em flexão	3
	Em extensão	2	Em extensão	2
Sem resposta	1	Sem resposta	1	

\* Preencher apenas em caso de inexistência de Triagem pelo SRPCBA

Nome do Responsável (legível): \_\_\_\_\_

Número Mecanográfico: \_\_\_\_\_



**TRIAGEM SECUNDÁRIA E OUTROS REGISTOS**  
*A preencher no Teatro de Operações*  
*(verso)*

Data dd/mm/aaaa	Hora	Registos	Médico <input type="checkbox"/>	Nome	Enfermeiro <input type="checkbox"/>
/ /	:		_____	_____	_____
/ /	:		Médico <input type="checkbox"/>		Enfermeiro <input type="checkbox"/>
/ /	:		_____	_____	_____
/ /	:		Médico <input type="checkbox"/>		Enfermeiro <input type="checkbox"/>
/ /	:		_____	_____	_____
/ /	:		Médico <input type="checkbox"/>		Enfermeiro <input type="checkbox"/>
/ /	:		_____	_____	_____
/ /	:		Médico <input type="checkbox"/>		Enfermeiro <input type="checkbox"/>
/ /	:		_____	_____	_____
/ /	:		Médico <input type="checkbox"/>		Enfermeiro <input type="checkbox"/>
/ /	:		_____	_____	_____
/ /	:		Médico <input type="checkbox"/>		Enfermeiro <input type="checkbox"/>
/ /	:		_____	_____	_____
/ /	:		Médico <input type="checkbox"/>		Enfermeiro <input type="checkbox"/>

Modelo DRS-PEUS 018.00 Circular Normativa n.º DRS-CNORM/2022/12, de 2022-06-15



## **Anexo XIX**

Modelo DRS.PEUS.019.00 - Registo de identidade Numérica das Vítimas Atendidas  
pela Equipa Médica do Teatro de Operações





Designação do sinistro: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Global  Local: \_\_\_\_\_

Posto Médico no Terreno			Avaliação Primária			Avaliação Secundária			Destino de Saída do PMA		
N.º de ordem de entrada			Hora de entrada	N.º Pré-Hospitalar	Prioridade atribuída	Hora da triagem	Prioridade atribuída	Hora de saída	Unidade de Saúde	Avaliação Secundária	
Adulto (≥18 anos)	Pediátrica (<18 anos)	ND									
					Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>		Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/>		Hospital: _____ US: _____ Outro: _____	Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/>	
					Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>		Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/>		Hospital: _____ US: _____ Outro: _____	Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/>	
					Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>		Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/>		Hospital: _____ US: _____ Outro: _____	Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/>	
					Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>		Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/>		Hospital: _____ US: _____ Outro: _____	Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/>	
					Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>		Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/>		Hospital: _____ US: _____ Outro: _____	Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/>	
					Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>		Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/>		Hospital: _____ US: _____ Outro: _____	Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/>	
					Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>		Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/>		Hospital: _____ US: _____ Outro: _____	Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/>	

Legenda: ND – Não Determinável

Nome responsável pelo registo: \_\_\_\_\_ N.º Mecanográfico: \_\_\_\_\_

(se aplicável)

Categoria profissional: \_\_\_\_\_ Afeto à US: \_\_\_\_\_

Nome do Médico Coordenador da Equipa: \_\_\_\_\_ N.º Mecanográfico: \_\_\_\_\_

(se aplicável)



Designação do sinistro: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  Global  Local: \_\_\_\_\_

Posto Médico no Terreno			Avaliação Primária			Avaliação Secundária			Destino de Saída do PMA	
N.º de ordem de entrada			Hora de entrada	N.º Pré-Hospitalar	Prioridade atribuída	Hora da triagem	Prioridade atribuída	Hora de saída	Unidade de Saúde	Avaliação Secundária
Adulto (≥18 anos)	Pediátrica (<18 anos)	ND								
					Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>		Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/>		Hospital: _____ US: _____ Outro: _____	Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/>
					Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>		Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/>		Hospital: _____ US: _____ Outro: _____	Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/>
					Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>		Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/>		Hospital: _____ US: _____ Outro: _____	Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/>
					Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>		Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/>		Hospital: _____ US: _____ Outro: _____	Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/>
					Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>		Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/>		Hospital: _____ US: _____ Outro: _____	Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/>
					Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>		Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/>		Hospital: _____ US: _____ Outro: _____	Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/>
					Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>		Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/>		Hospital: _____ US: _____ Outro: _____	Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/>
					Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/>		Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/>		Hospital: _____ US: _____ Outro: _____	Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/>

Legenda: ND – Não Determinável

Nome responsável pelo registo: \_\_\_\_\_ N.º Mecanográfico: \_\_\_\_\_  
(se aplicável)

Categoria profissional: \_\_\_\_\_ Afeto à US: \_\_\_\_\_  
Nome do Médico Coordenador da Equipa: \_\_\_\_\_ N.º Mecanográfico: \_\_\_\_\_  
(se aplicável)

