



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA, DEFESA E CIDADANIA - SESDEC
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DE RONDÔNIA
GRUPO DE OPERAÇÕES AÉREAS – GOA

TRIAGEM PARA TRANSPORTE AÉREO

PASSO A PASSO:

A solicitação do transporte aéreo pelo GOA, deverá ser:

- Solicitada via ofício, conforme **exemplo abaixo**, a qual deverá ser encaminhada ao e-mail goacbmro@gmail.com;
- Acionado o Comandante do Grupo de Operações Aéreas (Porto Velho-RO), por meio do telefone disponibilizado no site, para que o mesmo possa acionar o piloto de serviço da aeronave.

Exemplo do Ofício a ser encaminhado via e-mail:

AO COMANDANTE GERAL DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR,
CEL BM (NOME DO COMANDANTE GERAL).
ASSUNTO: Transporte Aéreo

Senhor Comandante Geral,

Venho através deste solicitar transporte aéreo para o paciente

apresentando _____,
_____ do hospital _____, do município de _____
_____ para o Hospital _____
_____ do município de Porto Velho-RO, que
já possui vaga garantida conforme contato prévio com o Médico e/ou Enfermeiro
_____.

O transporte será acompanhado pelo médico _____, que está ciente de que a **aeronave não possui cabine pressurizada** e que os materiais necessários no transporte serão fornecidos por esta unidade solicitante, bem como oxigênio, monitor multiparâmetros, medicamentos de emergência e em uso, e demais materiais que se fizerem necessários.

Possui vaga no HOSPITAL: _____.

Telefones para contato: _____ (69)

Médico transferente: _____ Dr.

Médico Receptor: _____.

Parente ou responsável pelo paciente: _____.

Respeitosamente,

Assinatura do solicitante

ANEXO

Obs: Preenchimento conforme critério médico e ou enfermeiro

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE

Nome:	Idade:
End. Residência:	Fone: Não declarado
Procedência:	Destino: Porto Velho
Diagnostico médico:	
Medico/transferente: Dr.	Fone: 69
Medico/receptor:	Fone:

(Regulação neurológica: Escala Glasgow (total: 12))

Abertura ocular <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Ao comando verbal <input type="checkbox"/> A dor <input type="checkbox"/> Ausente	Resposta motora <input type="checkbox"/> Obedece a comandos <input type="checkbox"/> Localiza a dor <input type="checkbox"/> Flexão inespecífica (retirada) <input type="checkbox"/> Flexão Hipertônica <input type="checkbox"/> Extensão Hipertônica <input type="checkbox"/> Sem resposta	Resposta Verbal <input type="checkbox"/> Orientado e conservando <input type="checkbox"/> Desorientado e conservando <input type="checkbox"/> Sons inapropriados <input type="checkbox"/> Sons Incompreensíveis <input type="checkbox"/> Sem resposta
Avaliação de sedação: escala de Ramsay <input type="checkbox"/> Ansioso, agitado ou inquieto <input type="checkbox"/> Cooperativo, aceitando ventilação /orientado / tranquilo <input type="checkbox"/> Dormindo, resposta nítida a estímulo		TOTAL: _____ <input type="checkbox"/> Dormindo, resposta mínima a estímulo tátil ou auditivo <input type="checkbox"/> Sem resposta a estímulo auditivo ou tátil, mas com resposta a dor <input type="checkbox"/> Sem resposta a estímulo doloroso
Locomoção: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Deambula c/auxilio tipo: _____ <input type="checkbox"/> Necessita ser transportado em: <input type="checkbox"/> maca <input type="checkbox"/> sentado		
Regulação Neurológica <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Sonolento Sono e repouso: <input type="checkbox"/> preservado <input type="checkbox"/> não preservado <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Torporoso <input type="checkbox"/> Sedado <input type="checkbox"/> Comatoso PIC: _____ mmHg <input type="checkbox"/> Confuso PPC: _____ mmHg (PAM – PIC)		
Oxigenação <input type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> MVF s/RA VM: Tipo: _____ PEEP: _____ <input type="checkbox"/> Bradipneico <input type="checkbox"/> Roncos – locais: difuso FiO2: _____ <input type="checkbox"/> Taquipneico <input type="checkbox"/> Sibilos – locais: difuso <input type="checkbox"/> Macro: _____ L/min <input type="checkbox"/> Venturi _____ % <input type="checkbox"/> Dispneico <input type="checkbox"/> Crepitações – locais: <input type="checkbox"/> CN: _____ L/min <input type="checkbox"/> Ar ambiente Saturação: 90 _____ %		
Regulação Vascular <input type="checkbox"/> Eucárdico Pulso: <input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> normotenso <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Filiforme <input type="checkbox"/> hipertenso <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Rítmico <input type="checkbox"/> hipotenso <input type="checkbox"/> Arrítmico		
Regulação Térmica <input type="checkbox"/> Hipotérmico <input type="checkbox"/> Afebril <input type="checkbox"/> Febril _____ °C Medidas adotada: _____		

Hidratação/ Pele e mucosas <input type="checkbox"/> Anictérico <input type="checkbox"/> Corado Acesso Venoso: Periférico <input type="checkbox"/> Ictérico _____ +/4+ <input type="checkbox"/> Hipocorado _____ +/4+ <input type="checkbox"/> Acianótico <input type="checkbox"/> Hidratado <input type="checkbox"/> Cianótico _2_ +/4+ <input type="checkbox"/> Desidratado _____ +/4+		
--	--	--

Alimentação <input type="checkbox"/> VO: Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Boa Aceitação <input type="checkbox"/> Suspensa: Por que? Dispneia Intensa <input type="checkbox"/> Má Aceitação <input type="checkbox"/> NPT: _____ ml/h Enteral: Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Boa tolerância SNG: _____ <input type="checkbox"/> Má tolerância																							
Regulação Abdominal <input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Globoso RHA: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente Visceromegalias: <input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Côncavo																							
Eliminação Habito urinário <input type="checkbox"/> Espontâneo Qtd: _____ <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Presentes <input type="checkbox"/> Coletor Aspecto: _____ <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Fralda Freq.: _____ Quantos dias: _____ <input type="checkbox"/> SVD Problemas p/urinar: _____ <input type="checkbox"/> Estimulada _____ <input type="checkbox"/> Ausentes																							
Genitália: OBS: Edemea prepucial _____																							
MMSS e MMII: OBS: _____																							
Integridade física: Presença de lesões cutâneas: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Quantas: _____ Locais: _____ Medidas adotadas: _____																							
FARMACOS EM BI <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;">Nome</th> <th style="width: 20%;">MI/h</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		Nome	MI/h																				
Nome	MI/h																						
Pendencias para unidade receptora 																							
Preenchimento EQUIPE AVIAÇÃO (GOA/CBMRO) Equipe: Medico: _____ Enfermeiro _____ Tec. Enfermagem: _____ Piloto: _____ Copiloto: _____ Tripulante: _____ Data admissão no avião ____/____/____ Hora inicio voo ____:____ Hora final voo ____:____																							



AUTORIZAÇÃO PARA TRANSPORTE AEROMEDICO

EU _____, RG: _____,

Morador(a) e Domicilado a rua _____

Bairro _____ Cidade _____ Estado _____.

Responsável pelo paciente: _____, com quadro clínico:

* INSTAVEL () ESTAVEL (), conforme EXPLICAÇÃO MÉDICA dos termos ESTAVEL E INSTAVEL e do seu quadro clínico a mim reportado.

AUTORIZO para ser transportado pela equipe de Transporte Aeromédico do GOA, sabendo dos riscos e intercorrências durante vôo de transporte; as quais foram relatadas a minha pessoa, vários itens de possíveis complicações; de forma - clara, lúcida e compreensiva; tendo **EU**, assim, sem alteração de estresse psico-emocional, ciência dos riscos que possam vim a acontecer no Transporte Aeromédico.

Dato e Assino;

Data: _____

Local: _____

Assinatura: _____

Testemunha: _____

Obs: * () VERDADEIRO () FALSO



AUTORIZAÇÃO PARA TRANSPORTE AEROMEDICO

EU _____, RG: _____,

Morador(a) e domiciliado na rua _____

bairro _____ cidade _____ Estado _____.

Responsável pelo paciente: _____, com quadro clínico:

* INSTAVEL () ESTAVEL (), conforme EXPLICAÇÃO MÉDICA dos termos ESTAVEL E INSTAVEL e do seu quadro clínico a mim reportado.

AUTORIZO para ser transportado pela equipe de Transporte Aeromédico do GOA, sabendo dos riscos e intercorrências durante vôo de transporte; as quais foram relatadas a minha pessoa, vários itens de possíveis complicações de forma - clara, lúcida e compreensiva; tendo **EU** assim, sem alteração de estresse psico-emocional, ciência dos riscos que possam vim a acontecer no Transporte Aeromédico.

Dato e Assino;

Data: _____

Local: _____

Assinatura: _____

Testemunha: _____

Obs: * () VERDADEIRO () FALSO

