

Motivo de consulta / Alerta _____

Fecha ____ / ____ / ____ Hora de activación ____ : ____ Nº Registro _____

Datos del paciente: Nombre _____ Apellidos _____

Edad ____ Sexo ____ Domicilio _____ Tel. _____

- Aena Tierra Cías Aéreas Pasajeros Servicios de Orden
 Tripulantes Concesionarios Visitantes Otros Empresa _____

MARCO DE INTERVENCIÓN

- | | | | | |
|---|--|--|---|--|
| Lugar | Circunstancias | Tipología | Agente agresivo | Otros servicios |
| <input type="checkbox"/> Terminal <input type="checkbox"/> Plataforma
<input type="checkbox"/> Aeronave <input type="checkbox"/> Lugar trabajo
<input type="checkbox"/> Vía pública <input type="checkbox"/> Serv. Médico | <input type="checkbox"/> Caso médico <input type="checkbox"/> Agresión <input type="checkbox"/> Acc. Tráfico
<input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Incendio <input type="checkbox"/> Otros
<input type="checkbox"/> Autolisis <input type="checkbox"/> Catástrofe <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Psiquiatría
<input type="checkbox"/> Traumatismo <input type="checkbox"/> Intoxicación
<input type="checkbox"/> Ginecológico <input type="checkbox"/> Otros | <input type="checkbox"/> Caída casual <input type="checkbox"/> Precipitado
<input type="checkbox"/> Arma de fuego <input type="checkbox"/> Otros
<input type="checkbox"/> Arma blanca | <input type="checkbox"/> Bomberos <input type="checkbox"/> P.A.
<input type="checkbox"/> G.C. <input type="checkbox"/> P.N. <input type="checkbox"/> P.M.
<input type="checkbox"/> Otros |

DATOS CLÍNICOS

Respiración	Piel	Constantes	Glasgow	MANIOBRAS
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Profunda <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Cianótica <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Sudorosa <input type="checkbox"/> Caliente <input type="checkbox"/> Fria	Hora _____ T.A. _____ F.C. _____ F.R. _____ T. axi./rec. _____ Sat. O ₂ _____ Glicemia _____ T. reactiva _____	Hora _____ Ojos _____ Motora _____ Verbal _____ Total _____ Trauma score Total _____	<input type="checkbox"/> Limpieza vía aérea <input type="checkbox"/> Inmovilizaciones: <input type="checkbox"/> Tubo Guedel nº _____ <input type="checkbox"/> Collarín C. <input type="checkbox"/> I. vertebral <input type="checkbox"/> TOT nº _____ <input type="checkbox"/> Férula E.E.S.S. <input type="checkbox"/> C. vacío <input type="checkbox"/> Sonda NG <input type="checkbox"/> Férula E.E.I.I. <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Sonda ves. _____ <input type="checkbox"/> Ventilación asist. <input type="checkbox"/> O ₂ % _____ Lt. _____ <input type="checkbox"/> Motorización ECG <input type="checkbox"/> Cura tópica <input type="checkbox"/> Cam. cuchara <input type="checkbox"/> RCP iniciada a las ____ / ____ horas <input type="checkbox"/> Shock eléctrico Tiempo de parada previo _____ 1 _____ Tiempo de parada presenciado _____ 2 _____ ECG _____ 3 _____

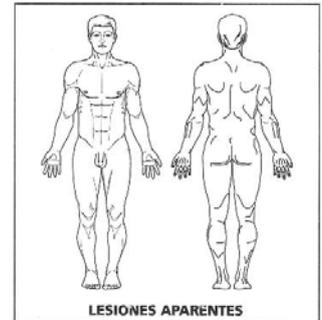
TRATAMIENTO ADMINISTRADO

Fluidos	V. perif./centr. nº	Fármacos	Dosis	Dosis	Dosis	Vías	Hora
Ringer							
Glucosado							
Fisiológico							
Expansores							
Otros							

TRATAMIENTO CONTINUADO

ALERGIAS CONOCIDAS SI NO :

JUICIO CLÍNICO



O.D. _____

Identificación profesional _____

- Conclusión de asistencia**
- Alta voluntaria Ya evacuado Traslado c. sanitario _____
 Asist. in situ Rechaza asist. Transfer a: _____
 Nulo Exitus Otros CAP Mútua

- Valoración subjetiva**
- Indemne Grave
 Leve Crítico
 Menos grave Exitus

DNI y firma usuario _____