ANEXO II: Soporte de papel del 112

20/02/2009 12:14 947347515

EMERGENCIAS SANITARIAS
Castilla y León

HOJA CLINICO - ASISTENCIAL
UNIDAD SOPORTE VITAL AVANZADO

Sacyl

FORMATO J N.º 47001

DATOS ADMINISTRATIVOS

ACTIVACIÓN U.M.E.: ____ FECHA: ____ H. Activ.: ____ Atenc.: ____ Trasl.: ____ Lleg.: ____ Finaliz.: ____

DOTACIÓN Médico: ____ DUE: ____ Técnico: ____ Conductor: ____

COD. INCIDENTE N.º AVISO Motivo llamada: Acc. Tráfico ☐ Acc. Laboral ☐ Acc. Casual ☐ Enfermedad ☐ Otros ☐ S. Anulado ☐ Pc. ya evacuado ☐
Población: ____
Dirección: ____ P. Km.: ____ S: ____

DATOS Y N.º PACIENTE Nombre: ____ Apellidos: ____ Desconocido: ☐ Edad: ____ Sexo: ____
Domicilio: ____ Localidad: ____
Teléfono: ____ CIP/TSI: ____ DNI: ____ Nacionalidad: ____

SEGURO Compañía: ____ N.º de Póliza: ____
Titular: ____
Vehículo en el que viajaba: Marca: ____ Módelo: ____ Matrícula: ____
Conductor: ☐ Motorista: ☐ Pasajero: ☐ Peatón: ☐ Ciclista: ☐
Otro vehículo contrario: Marca: ____ Módelo: ____ Matrícula: ____

HISTORIA Y EXPLORACIÓN

Ubicación Física del Paciente ____ C.S./Z.B.S. ____
A. Personales: ____
☐ SIN INTERÉS ☐ INCONSCIENTE

ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN:

ALERGIAS
☐ NO
☐ SI ____

TTO. HABITUAL

P. COMPLEMENT.
☐ N.P.

JUICIO CLÍNICO: ____ CIE 9 MC: ____

EQ. Collarín: ☐ Inm. Cabeza: ☐ C. Tijera: ☐ C. Vacío: ☐ Férula MS: ☐ Férula MI: ☐ Férula Tracción: ☐ KED: ☐ Otros: ☐

TRATAMIENTO

CONSTANTES / CONTROL DE ENFERMERÍA

HORA	TA	FR	FC	T.º	SAT O_2	FI O_2	Gluc	Pupilas D	Pupilas I	GCS O	GCS V	GCS M

TÉCNICAS ☐ N.P.
V. Venosa / / / /
☐ Analítica
☐ N.º SNG
☐ N.º S Lavado
☐ N.º S Vesical

TRATAMIENTO ☐ N.P.
IOT ____ DESF ☐ CARDV ☐ MCP ☐ Fex ☐

HORA	MEDICACIÓN	DOSIS / VIA

OBSERVACIONES: ____

Objetos personales retirados, han sido entregados a: ____
Enumeración de los objetos: ____

TRASLADO

DERIVACIÓN DEL PACIENTE: HOSPITAL ☐ P.A.C. ☐ C.SALUD ☐ OTRO ☐ AT. IN SITU ☐
TRASLADADO POR: UME ☐ HELICÓPTERO ☐ UVB ☐ A. CONVENCIONAL ☐ OTROS ☐

CENTRO DE ORIGEN	CENTRO DE DESTINO	IDENTIFICACIÓN PERSONAL SANITARIO	
		DUE	FACULTATIVO
Nombre: ____	Nombre: ____	Nombre y Apellidos:	Nombre y Apellidos o sello:
Localidad: ____	Localidad: ____		
Médico Emisor (Firma y sello)	Médico Receptor (Firma y sello)	Firma:	Firma:

1.AS.0302

Junta de Castilla y León