

FICHA DE ATENDIMENTO

Bombeiro Civil: _____ Plantão: Diurno () Noturno () Data: ____/____/____

Horário de Início: _____ : _____ Posto do Atendimento: _____

Nome: _____ Idade: _____ Função: _____

RG: _____ Setor do Atendimento: _____

Solicitante: _____ Idade: _____ RG: _____

Sinais Vitais: PA: _____ x _____ BPM: _____ RPM: _____ Temperatura Corporal: _____ Oximetria: _____

Sintomas Covid-19: Dor de cabeça/corpo: Sim () / Não () Paladar: Sim () / Não () Apetite: Sim () / Não ()

Olfato: Sim () / Não () Gripe: Sim () / Não () Tosse: Sim () / Não () Dificuldade de Respirar: Sim () / Não ()

Necessidade de Transferência para Hospital: Sim () / Não ()

Apoio: () SAMU () RESGATE CBPM () GCM () Ambulância Particular () Carro Particular () Táxi

Viatura Nº: Placa: Condutor/Responsável:

Acompanhante: _____ RG: _____

Atendimento:

[illegible]

Horário do Término: _____ :

Responsável

Bombeiro Civil