

## PLANO MÉDICO (SCI 206)

<b>1. Nome do Incidente:</b>		<b>2. Período Operacional:</b> Data de:		<b>Data até:</b>			
		Hora de:		Hora até:			
<b>3. Postos de Saúde:</b>							
<b>Nome</b>	<b>Localização</b>	<b>Número(s) de contato/Frequência</b>	<b>Paramédicos no local?</b>				
			Sim	Não			
			Sim	Não			
			Sim	Não			
			Sim	Não			
			Sim	Não			
			Sim	Não			
<b>4. Meios de Transporte (Indicar se é terrestre ou aéreo)</b>							
<b>Serviço de Ambulância</b>	<b>Localização</b>	<b>Número(s) de contato/Frequência</b>	<b>Nível de Serviço</b>				
			SAV	SBV			
			SAV	SBV			
			SAV	SBV			
			SAV	SBV			
<b>5. Hospitais:</b>							
Nome	Localização, Coordenadas	Número(s) de contato/ Frequência	Tempo de Viagem		Centro de Trauma	Centro de Queimado	Heliponto
			Ar	Solo			
					Sim Nível: _____	Sim Não	Sim Não
					Sim Nível: _____	Sim Não	Sim Não
					Sim Nível: _____	Sim Não	Sim Não
					Sim Nível: _____	Sim Não	Sim Não
					Sim Nível: _____	Sim Não	Sim Não
<b>6. Procedimentos Médicos de Emergência</b>							
<p>Marque a caixa se os recursos da aviação forem utilizados para resgate. Se forem utilizados recursos, coordene com as Operações Aéreas</p>							
<b>7. Preparado por (Líder da Unidade Médica):</b> Nome: _____ Assinatura: _____							
<b>8. Aprovado por (Oficial de Segurança):</b> Nome: _____ Assinatura: _____							
SCI 206	Página _____	Data/Hora: _____					

SCI 206  
Plano Médico

**Propósito.** O Plano Médico (SCI 206) fornece informações sobre postos de atendimento médico em incidentes, serviços de transporte, hospitais e procedimentos de emergência médica.

**Preparação.** O SCI 206 é preparado pelo Líder da Unidade Médica e revisado pelo Oficial de Segurança para garantir a coordenação do ICS. Se os recursos da aviação forem utilizados para resgate, coordene com as Operações Aéreas.

**Distribuição.** O SCI 206 é duplicado e anexado aos Objetivos do Incidente (SCI 202) e fornecido a todos os destinatários como parte do Plano de Ação do Incidente (PAI). As informações do plano relativas a postos de atendimento médico de incidentes e procedimentos de emergência médica podem ser anotadas na Lista de Designações (SCI 204). Todos os formulários originais preenchidos devem ser entregues à Unidade de Documentação.

**Notas:**

- O SCI 206 faz parte do PAI.
- Este formulário pode incluir múltiplas páginas.

Número	Título	Instruções
1	Nome do Incidente	Insira o nome atribuído ao incidente.
2	Período Operacional <ul style="list-style-type: none"><li>• Data e Hora de</li><li>• Data e Hora até</li></ul>	Insira a data de início (mês/dia/ano) e hora (usando o relógio de 24 horas) e data e hora de término do período operacional ao qual o formulário se aplica.
3	Postos de Assistência Médica	Insira as seguintes informações sobre o(s) posto(s) de atendimento médico do incidente:
	• <b>Nome</b>	Digite o nome do posto de atendimento médico.
	• Localização	Insira a localização do posto de atendimento médico (por exemplo, área de preparação, acampamento).
	• Número de contato/Frequência	Insira o(s) número(s) de contato e a frequência do(s) posto(s) de atendimento médico.
	• <b>Paramédicos no local?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Indique (sim ou não) se há paramédicos no local indicado.
4	Transporte (indicar aéreo ou terrestre)	Insira as seguintes informações para serviços de ambulância disponíveis para o incidente:
	• Serviço da ambulância	Digite o nome do serviço de ambulância.
	• Localização	Insira a localização do serviço de ambulância.
	• Número de contato/Frequência	Insira o(s) número(s) de contato e a frequência do serviço de ambulância.
	• <b>Nível de Serviço</b> <input type="checkbox"/> SAV <input type="checkbox"/> SBV	Indique o nível de serviço disponível para cada ambulância, seja SAV (Suporte Avançado de vida) ou SBV (Suporte Básico de Vida).

Número	Título	Instruções
5	Hospitais	Insira as seguintes informações para hospitais que poderiam atender este incidente:
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nome do Hospital</li> </ul>	Insira o nome do hospital e identifique qualquer aeronave Medivac pré-designada por nome e frequência.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Endereço, latitude e longitude se heliporto</li> </ul>	Insira o endereço físico do hospital e a latitude e longitude se o hospital possuir heliporto.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de contato/Frequência</li> </ul>	Insira o(s) número(s) de contato e/ou frequência(s) de comunicação do hospital.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tempo de viagem <ul style="list-style-type: none"> <li>Ar</li> <li>Terra</li> </ul> </li> </ul>	Insira o tempo de viagem aérea e terrestre desde o incidente até o hospital.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Centro de Trauma <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li> </ul>	Indique sim e o nível de trauma caso o hospital possua centro de trauma.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Centro de queimados <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li> </ul>	Indique (sim ou não) se o hospital possui centro de queimados.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Heliponto <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li> </ul>	Indique (sim ou não) se o hospital possui heliponto. O formato dos dados de latitude e longitude precisa complementar os helicópteros de evacuação médica e os recursos aéreos médicos
6	Procedimentos Especiais de Emergência Médica	Observe quaisquer instruções especiais de emergência para uso pelo pessoal responsável pelo incidente, incluindo (1) quem deve ser contatado, (2) como deve ser contatado; e (3) quem gerencia um incidente dentro de um incidente devido a um resgate, acidente, etc. Incluir procedimentos sobre como relatar emergências médicas.
	<input type="checkbox"/> Marque a caixa se os recursos de aviação forem utilizados para resgate. Se forem utilizados recursos, coordene com as Operações Aéreas.	Autoexplicativo. Os recursos de aviação atribuídos ao incidente devem ser incluídos na SCI 220.
7	Preparado por (Líder da Unidade Médica) <ul style="list-style-type: none"> <li>Nome</li> <li>Assinatura</li> </ul>	Insira o nome e a assinatura da pessoa que prepara o formulário, normalmente o Líder da Unidade Médica. Insira a data (mês/dia/ano) e a hora preparada (relógio de 24 horas).
8	Aprovado por (Oficial de Segurança) <ul style="list-style-type: none"> <li>Nome</li> <li>Assinatura</li> <li>Data/Hora</li> </ul>	Insira o nome da pessoa que aprovou o plano, normalmente o Oficial de Segurança. Insira a data (mês/dia/ano) e a hora revisada (relógio de 24 horas).