PLANO MÉDICO (SCI 206)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. Nome do Incidente:** | | | | | **2. Período Operacional: Data de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data até: \_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Hora de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora até: \_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | |
| **3. Postos de Assistência Médica** | | | | | | | | | | | | |
| **Nome** | | | **Localização** | | | | | **Número(s) de contato/Frequência** | | | **Paramédicos no local?** | |
|  | | |  | | | | |  | | | **Sim  Não** | |
|  | | |  | | | | |  | | | **Sim  Não** | |
|  | | |  | | | | |  | | | **Sim  Não** | |
|  | | |  | | | | |  | | | **Sim  Não** | |
|  | | |  | | | | |  | | | **Sim  Não** | |
|  | | |  | | | | |  | | | **Sim  Não** | |
| **4. Meios de Transporte (Indicar se terrestre ou aéreo)** | | | | | | | | | | | | |
| **Serviço de**  **Ambulância** | | | **Localização** | | | | | **Número(s) de contato/Frequência** | | | **Nível de Serviço** | |
|  | | |  | | | | |  | | | **SAV  SBV** | |
|  | | |  | | | | |  | | | **SAV  SBV** | |
|  | | |  | | | | |  | | | **SAV  SBV** | |
|  | | |  | | | | |  | | | **SAV  SBV** | |
| **5. Hospitais:** | | | | | | | | | | | | |
| **Nome** | **Localização, Coordenadas** | | | **Número(s) de contato/ Frequência** | | | **Tempo de Deslocamento** | | | **Traumatologia** | **Queimados** | **Heliponto** |
| **Aéreo** | | **Terrestre** |
|  |  | | |  | | |  | |  | 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 |
| **6. Procedimentos Especiais de Emergência Médica**  Assinale se for utilizado recurso aéreo para o resgate. Se este recurso for utilizado, coordene com as Operações Aéreas. | | | | | | | | | | | | |
| **7. Preparado por (Líder da Unidade Médica): Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | |
| **8. Aprovado por (Oficial de Segurança): Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | |
| **SCI 206** | | **Página** | | | | **Data/Hora:** | | | | | | |

SCI 206

Plano Médico

**Objetivo:** O formulário SCI 206 - Plano Médico fornece informações sobre os postos de assistência médica, serviços de transporte, hospitais e procedimentos de emergência médica.

**Preparação:** O formulário SCI 206 é preparado pelo Líder da Unidade Médica e revisado pelo Oficial de Segurança para assegurar a coordenação do SCI. Se recursos aéreos forem utilizados para o regate, deve ser coordenado com as Operações Aéreas.

**Distribuição:** O formulário SCI 206 é publicado e anexado ao fomulário SCI 202 - Objetivos do Incidente e disponibilizado a todos os participantes como parte do Plano de Ação do Incidente (PAI). As informações do Plano referentes aos postos de assistência médica e aos procedimentos médicos de emergência do incidente podem ser incluídos no formulário SCI 204 - Lista de Atribuições. Todos os formulários originais preenchidos e aprovados devem ser entregues à Unidade de Documentação.

# Notas:

* **O SCI 206 integra o PAI.**

# Este formulário pode conter várias páginas.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Número** | Título | **Instruções** |
| **1** | Nome do Incidente | Insira o nome atribuído ao incidente. |
| **2** | Período Operacional   * Data e Hora de * Data e Hora até | Insira a data (dia/mês/ano) e a hora (formato 24 horas) de início e a data e a hora de término do período operacional ao qual o formulário se aplica. |
| **3** | Postos de Assistência Médica | sobre o(s) posto(s) de assistência médica do incidente: |
| * **Nome** | Indique o nome do posto de assistência médica. |
| * Localização | Indique a localização do postos de assistência médica (por exemplo, área de espera, acampamento, etc.). |
| * Número(s) de contato/Frequência | Indique o(s) número(s) de contato e a frequência do(s) posto(s) de assistência médica. |
| * **Paramédicos no local? Sim Não** | Assinale (sim ou não) se há paramédicos no local indicado. |
| **4** | Transporte (indicar aéreo ou terrestre) | Insira as seguintes informações sobre os serviços de ambulância disponíveis para o incidente: |
| * Serviço da ambulância | indique 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. |
| * Nível de Serviço   **SAV** **SBV** | Indique o nível do 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 sobre o(s) hospital(is) que pode(m) atender ao incidente: |
| * Nome do Hospital | | | | | Insira o nome do hospital e identifique qualquer aeronave qualquer aeronave de evacuação médica (Medivac) pré-designada pelo nome e frequência. |
| * Endereço * Coordenadas do Heliponto | | | | | Insira o endereço físico do hospital e a latitude e longitude, caso o hospital disponha de heliporto. |
| * Número(s) de contato/Frequência | | | | | Insira o(s) número(s) de contato e/ou frequência(s) de comunicação do hospital. |
| * Tempo de viagem   + Aéreo   + Terrestre | | | | | Insira o tempo de deslocamento aéreo e terrestre desde o local do incidente até o hospital. |
| * Traumatologia   Sim **Não** | | | | | Assinale sim e a respectiva tipologia, caso o hospital disponha de centro de traumatologia |
| * Queimados | | | | | Assinale (sim ou não) se o hospital possui centro de queimados. |
|  |  | Sim |  | **Não** |
| * Heliponto   Sim Não | | | | | Assinale (sim ou não) se o hospital possui heliponto.  O formato dos dados de latitude e longitude deve ser compatível com os Helicópteros de Evacuação Médica e Recursos Médicos Aéreos. |
| **6** | Procedimentos Especiais de Emergência Médica | | | | | Registre quaisquer instruções especiais de emergência que podem ser utilizadas pelas equipes do incidente, incluindo (1) quem deve ser contatado, (2) a forma como deve ser contatado, e (3) quem é o responsável pelo gerenciamento de um incidente dentro de um incidente em função da necessidade de um resgate, acidente, etc. Inclua procedimentos para comunicação padronizada de emergências médicas. |
| Assinale se for utilizado recurso aéreo para o resgate. Se este recurso for utilizado, coordene com as Operações Aéreas. | | | | | Autoexplicativo. Os recursos aéreos atribuídos ao incidente devem ser incluídos no formulário SCI 220. |
| **7** | Preparado por (Líder da Unidade Médica)   * Nome * Assinatura | | | | | Insira o nome e a assinatura da pessoa responsável pela preparação do formulário, normalmente o Líder da Unidade Médica. Insira a data (dia/mês/ano) e a hora (formato 24 horas) que o fomulário foi preparado. |
| **8** | Aprovado por (Oficial de Segurança)   * Nome * Assinatura * Data/Hora | | | | | Insira o nome da pessoal responsável pela aprovação do Plano, normalmente o Oficial de Segurança. Insira a data (dia/mês/ano) e a hora (formato 24 horas) da aprovação. |