

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 formulário 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 <ul style="list-style-type: none">• 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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> SAV <input type="checkbox"/> 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:
	<ul style="list-style-type: none"> Nome do Hospital 	Insira o nome do hospital e identifique qualquer aeronave qualquer aeronave de evacuação médica (Medivac) pré-designada pelo nome e frequência.
	<ul style="list-style-type: none"> Endereço Coordenadas do Heliponto 	Insira o endereço físico do hospital e a latitude e longitude, caso o hospital disponha de heliponto.
	<ul style="list-style-type: none"> Número(s) de contato/Frequência 	Insira o(s) número(s) de contato e/ou frequência(s) de comunicação do hospital.
	<ul style="list-style-type: none"> Tempo de viagem <ul style="list-style-type: none"> Aéreo Terrestre 	Insira o tempo de deslocamento aéreo e terrestre desde o local do incidente até o hospital.
	<ul style="list-style-type: none"> Traumatologia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	Assinale sim e a respectiva tipologia, caso o hospital disponha de centro de traumatologia
	<ul style="list-style-type: none"> Queimados <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	Assinale (sim ou não) se o hospital possui centro de queimados.
	<ul style="list-style-type: none"> Heliponto <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 contactado, (2) a forma como deve ser contactado, 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.
	<input type="checkbox"/> 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) <ul style="list-style-type: none"> 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 formulário foi preparado.
8	Aprovado por (Oficial de Segurança) <ul style="list-style-type: none"> 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.