



**CUESTIONARIO DE TRASLADO PEDIATRICO EN SVA/SVE/SVB**

FECHA: / / HORA:  N° ACTUACIÓN:

PROCEDENCIA:  TIEMPO ESTIMADO:  minutos

- DOMICILIO
- VÍA PÚBLICA
- CENTRO SANITARIO:
- OTROS

**ALERGIAS A FÁRMACOS:**

- No conocidas
- Sí:

**OTRAS ALERGIAS:**

PESO:  Kg EDAD:  meses/ años SEXO: M  / V

Nombre y apellidos:

Motivo de traslado/antecedentes personales y familiares/impresión diagnóstica:

TEP:  APARIENCIA: N  A  RESPIRACIÓN: N  A  CIRCULACIÓN: N  A

**ABCDE (RELLENAR SÓLO LOS PARÁMETROS QUE SE PRECISEN PARA EL CASO):**

A+B	Frecuencia respiratoria: <input type="text"/> rpm      Saturación O <sub>2</sub> : <input type="text"/> % Respiración: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Normal</li> <li><input type="checkbox"/> Distress</li> <li><input type="checkbox"/> Superficial</li> <li><input type="checkbox"/> Apnea</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Oxigenoterapia: gafas, Venturi, reservorio</li> <li><input type="checkbox"/> Ambú®(bolsa autoinflable) + cánula de Guedel</li> <li><input type="checkbox"/> Intubación oro-traqueal</li> </ul>	
C	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Estable</li> <li><input type="checkbox"/> Shock</li> </ul> FC: <input type="text"/> lpm TA: <input type="text"/> / <input type="text"/> mmHg	Acceso venoso <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> NO</li> <li><input type="checkbox"/> Intravenoso</li> <li><input type="checkbox"/> Intraósea</li> <li><input type="checkbox"/> Central</li> </ul>	SUEROTERAPIA:
D	CONCIENCIA: ECG: <input type="text"/> + <input type="text"/> + <input type="text"/> = <input type="text"/> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Alerta</li> <li><input type="checkbox"/> Respuesta verbal</li> <li><input type="checkbox"/> Respuesta al dolor</li> <li><input type="checkbox"/> No respuesta</li> </ul>	PUPILAS: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Normales</li> <li><input type="checkbox"/> Anisocoria</li> <li><input type="checkbox"/> Midriasis arreactiva</li> </ul>	
Otros	Glucemia capilar: <input type="text"/> mg/dL      Temperatura: <input type="text"/> °C, rectal/ axilar Circunstancias especiales:		
Fármacos	Drogas/dosis:		
DESTINO (hospital-servicio):			
Médico receptor:			
Médico emisor:		N° colegiado:	