



AVALIAÇÃO PARA O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR PEDIÁTRICO

A avaliação dos parâmetros é realizada no serviço de origem, após a estabilização do doente, aquando da decisão do seu transporte. Deve ser efetuada pela equipa médica em colaboração com a equipa de enfermagem.

Em todas as situações deverá ser feita a avaliação completa do doente e a priorização segundo os parâmetros descritos em seguida:

Idade(meses/anos):	
Género:	F / M
Hospital de Origem:	
Hospital de Destino:	
Diagnóstico:	
Motivo de Transferência:	

PARÂMETROS (os valores de referência encontram-se no fim do documento)	PONTUAÇÃO
1. ESTADO DE CONSCIÊNCIA (AVDS)	
Alerta (A)	0
reativo a estímulo Verbal (V)	1
reativo a estímulo Doloroso (D) ou Sem resposta a estímulos (S)	2
2. VIA AÉREA ARTIFICIAL	
Não	0
Sim (adjuvantes básicos ou traqueostomia sem suporte respiratório)	1
Sim (TET, máscara laríngea ou traqueostomia com suporte respiratório)	2
3. FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	
Normal	0
Bradipneia (abaixo do limite inferior) ou Taquipneia (acima do limite superior)	1
Bradipneia ou Taquipneia com necessidade de suporte respiratório	2
4. SUPORTE RESPIRATÓRIO	
Não	0
Sim (Oxigenoterapia com $FiO_2 \leq 60\%$)	1
Sim (Oxigenoterapia com $FiO_2 > 60\%$ ou Alto Fluxo ou algum tipo de Ventilação (invasiva, não invasiva)	2
5. ACESSOS VENOSOS/ARTERIAIS	
Não	0
Acesso Periférico em doente estável (inclui cateter obturado)	1
Acesso Periférico em doente instável ou Acesso Central ou Arterial	2
6. AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA	
Estável (FC entre limite inferior e limite superior)	0
Instável (MAP < P5 ou PAS < P5 ou FC abaixo limite inferior e acima limite superior)	1
Instável (sob inotrópicos ou em curso hemoderivados)	2
7. RISCO DE ARRITMIAS	
Não	0
Sim, baixo risco - sem risco imediato de vida ou sem necessidade de intervenção terapêutica imediata.	1
Sim, alto risco - com risco imediato de vida ou necessitando de intervenção terapêutica imediata.	2
8. SUPORTE TÉCNICO E FARMACOLÓGICO REALIZADO/EM CURSO	
Nenhum dos abaixo indicados	0
Grupo I (Corticosteroides, Manitol 20%, NaCl 3%, Opióides, ≥ 1 bólus de volume)	1
Grupo II (Inotrópicos; Vasodilatadores; Antiarrítmicos; Bicarbonato; Antiepiléticos; Anestésicos gerais; dreno torácico)	2
9. DOENÇA CRÓNICA (Ex-prematuro, alt. sindromáticas, cardiopatia, diabetes, asma, uso prolongado de esteróides, outras doenças crónicas)	
Não	0
Sim – sem influência na condição clínica atual e/ou sem potencial de descompensação pela condição clínica atual	1
Sim – com influência na condição clínica atual e/ou com potencial de descompensação pela condição clínica atual	2
10. Se RN, PESO NO MOMENTO DA ADMISSÃO	
RN > 2000g e sem comorbilidades	0
RN $\geq 1500g \leq 2000g$ e/ou com comorbilidades	1
RN < 1500g	2
11. DETERIORAÇÃO CLÍNICA DURANTE O TRANSPORTE (Convulsões, Alt. est. consciência, ...)	
Não	0
Existe alguma probabilidade	1
Existe uma grande probabilidade	2

TOTAL:

--

PONTOS	NÍVEL	VEÍCULO	EQUIPA	MONITORIZAÇÃO	EQUIPAMENTO PREFERENCIAL
0 – 2 Apenas CVP obturado. Sem nenhum item com pontuação 2 Sem O ₂ suplementar	A	Ambulância Tipo A (amb. de transporte)	• Tripulantes	Nenhuma	“Standard”
3 – 4 Sem nenhum item com pontuação 2 Pode ter O ₂ suplementar	B	Ambulância Tipo B (amb. medicalizável)	• Tripulantes • Enfermeiro	SPO ₂ , ECG, FC, FR, Temp., TA não invasiva	Aspirador de secreções + Material de SBV + monitor de transporte + medicação prescrita
5 – 6 ou <7 com um item pontuação 2	C	Ambulância Tipo C (Tipo B com equipa médica e de enfermagem)	• Tripulantes • Enfermeiro (desejável Especialista) • Médico pediatra ou Interno de Pediatria com SAV	SPO ₂ , ECG, FC, FR, Temp., TA não invasiva	Acima descrito + Material SAV + monitor desfibrilhador + seringas e bombas perfusoras
≥ 7 Ou Com critérios Doente Crítico (ver abaixo)	D	Ambulância TIP ou Tipo C (de cuidados intensivos)	• Equipa TIP	SPO ₂ , ECG, FC, FR, Temp., TA não invasiva/invasiva, ETCO ₂	Acima descrito + Material de VA avançada + ventilador de transporte.

Doente crítico - aquele que por disfunção ou falência de um ou mais órgãos ou sistemas, depende para a sua sobrevivência de meios avançados de monitorização e/ou terapêutica (ex. TA invasiva, PIC, ventilação mecânica, suporte vasoativo, perfusões de anticonvulsivantes e sedoanalgesia, hemofiltração)

Crítérios de Transferência TIP (deverá haver sempre comunicação entre a equipa hospitalar e a equipa TIP)

- Necessidade de ventilação assistida e/ou suporte hemodinâmico por doença aguda, crónica agudizada ou trauma.
- Necessidade de cuidados intensivos que não possam ser prestados no hospital de origem;
- **RN de risco**
 - com patologia cirúrgica e instável, com necessidade de cirurgia urgente;
 - com patologia cardíaca com necessidade emergente ou urgente de cuidados diferenciados.
- **Crianças e adolescentes** com gravidade de doença que não requeiram cuidados intensivos imediatos, mas cuja situação clínica seja considerada instável, com potencial necessidade de admissão em unidade de cuidados intensivos ou tratamento diferenciado não disponível no hospital de origem.

Ao longo de todo o processo de transporte tanto a Equipa Local do TIP, como o INEM (CODU) serão um elo importante a quem podemos e devemos recorrer se necessário. Salientamos que contamos com a colaboração de ambas as entidades na criação deste protocolo.

ATIVAÇÃO DO TIP: TIP Norte (Porto): 914960655; TIP Centro (Coimbra): 913090039;
TIP Sul (Lisboa): 913076389; TIP Sul-Algarve (Faro): 913081821

Valores de Referência

Idade	Frequência Respiratória (cpm) (limite inferior – limite superior)	Frequência Cardíaca (bpm) (limite inferior – limite superior)	PA Sistólica mmHg (P5 – P50)	PA Média mmHg (P5 – P50)
1M	25 – 60	110 – 180	50 – 75	40 – 55
1A	20 – 50	100 – 170	70 – 95	50 – 70
2A	18 – 40	90 – 160	70 – 95	50 – 70
5A	17 – 30	70 – 140	75 – 100	55 – 75
≥10A	14 – 25	60 – 120	80 – 110	55 – 75

Valores de referência baseados na **European Resuscitation Council Guidelines 2021: Paediatric Life Support** (<https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.015>)

Link para preenchimento da ficha de transporte:

<https://forms.gle/edP3WHuCPnDNsrrJ9>