




MAPA DESCRITIVO DO PROCESSO		Nº Processo: 5.19.00
<b>NOME DO PROCESSO: - RESGATE TÁTICO AO PM FERIDO</b>		
<b>MATERIAL NECESSÁRIO</b>		
1. Viatura Operacional. 2. Cinturão preto com complementos. 3. Pistola .40, com 3 carregadores. 4. Lanterna portátil. 5. Escudo Balístico. 6. Rádio Portátil (Policimento a pé ou Integrado). 7. EPI: torniquete tipo CAT; 8. Porta torniquete do tipo CAT; 9. Bandagem do tipo israelense; 10. Porta bandagem do tipo israelense.		
<b>ETAPAS</b>		<b>PROCEDIMENTOS</b>
Aproximação ao PM Vítima		1. Aproximação do Local de Alto Risco para o Socorro ao PM Vítima.
Atendimento ao PM Vítima		2. Uso do Torniquete. 3. Uso da Bandagem do Tipo Israelense.
Extração e Socorro do PM Vítima		4. Técnica de Arrasto e Condução de PM Vítima.

	<b>POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE SÃO PAULO</b>	<b>POP: 5.19.01</b>
	<b>APROXIMAÇÃO DO LOCAL DE ALTO RISCO PARA O SOCORRO AO PM VÍTIMA.</b>	<b>ESTABELECIDO EM 24AGO18</b>
		<b>REVISADO EM: Nº DA REVISÃO:</b>
<b>AUTORIDADE RESPONSÁVEL: Chefe do Estado-Maior/PM</b> <b>NÍVEL DE PADRONIZAÇÃO: Geral.</b>		
<b>ATIVIDADES CRÍTICAS</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Coleta de dados e informações sobre a ocorrência.</li> <li>2. Identificação e avaliação do ambiente.</li> <li>3. Avaliação da necessidade de progressão.</li> <li>4. Escolha da técnica mais adequada de progressão.</li> <li>5. Obtenção de superioridade tática de fogo.</li> <li>6. Identificação do Policial vítima.</li> <li>7. Remoção imediata do Policial vítima para uma área abrigada.</li> <li>8. Caso a equipe não consiga fazer uma aproximação, se possível, orientar o policial vítima a procurar um local mais seguro, para que ele não venha a sofrer mais lesões.</li> </ol>		
<b>SEQUÊNCIA DAS AÇÕES</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. O policial militar deverá atentar para o seguinte plano de gerenciamento básico para o cuidado no socorro sob fogo: <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. responder a injusta agressão e providenciar necessária sustentação do fogo pelo tempo necessário para neutralização da ação do agressor e, se possível, abrigar-se, sempre buscando neutralizar a ameaça;</li> <li>1.2. os policiais deverão observar o cenário e o poderio bélico dos agressores, e assim, verificar qual a melhor forma de progressão e quais equipamentos utilizarão visando aumentar a capacidade de segurança deles próprios;</li> <li>1.3. orientar o policial vítima, caso reúna condições, a se mover para uma área protegida e abrigada e a aplicar em si o torniquete, caso seja necessário;</li> <li>1.4. evitar que o policial vítima sofra novos ferimentos;</li> </ol> </li> <li>2. Todo deslocamento em um ambiente hostil, onde já houve disparos contra os policiais militares, será realizado, preferencialmente, por no <u>mínimo</u> dois policiais, ocasião em que deverão se ater para os pontos de perigo, buscando sempre obter superioridade de fogo, não perdendo o visual de sua equipe nem do policial ferido, tendo sempre como princípios básicos: <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1. cuidados no ambiente tático;</li> <li>2.2. atentar para a <u>extricação</u> tática (ver conceito no campo esclarecimentos).</li> </ol> </li> <li>3. Manter o contato com o policial vítima por meio de verbalização, gestos, sinais, para que ele se abrigue ou desloque até um local mais seguro.</li> <li>4. A equipe deverá: <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1. <u>avaliar</u> se aquele momento é o ideal para a aproximação até o policial vítima, não se expondo a eventuais riscos ou outras ameaças;</li> </ol> </li> <li>5. Realizar a sequência de ações para atendimento do policial vítima, conforme POP: 5.19.02 ou POP: 5.19.03.</li> </ol>		
<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avaliação da real necessidade da aproximação dos demais policiais militares até o policial vítima, para que não se tenha mais feridos e o policial ferido não venha a sofrer outros tipos</li> </ol>		

<p>de lesões, sempre atentando à supressão de fogo e a superioridade tática.</p> <p>2. A realização da correta extricação do policial vítima, do ambiente hostil, sempre será com a cobertura de fogo, atentando para as utilizações devidas das técnicas de condução e de sua retirada.</p>
AÇÕES CORRETIVAS
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se a equipe perceber que o local <b>não</b> está seguro para realizar a aproximação até o policial vítima, não deverá realizá-la e, para que não haja mais policiais feridos nesse cenário, deverá tentar verbalizar com o ferido, a fim de que este procure um local seguro e não sofra mais ferimentos, inclusive, coloque em si mesmo o torniquete, caso seja necessário.</li> <li>2. Se a equipe não conseguir se aproximar do policial vítima:             <p>deverá verbalizar com ele a todo momento, para que continue consciente e faça os procedimentos iniciais com vistas a estancar eventuais hemorragias, utilizando-se da técnica de compressão local e, se possível e adequado, coloque o torniquete;</p> <p>quando o ambiente operacional estiver sob controle, a equipe se aproximará do policial vítima e realizará eventuais ajustes nos procedimentos, lembrando que caso ele já tenha feito um torniquete, esse será reavaliado e, se o sangramento ainda perdurar no membro atingido, outro torniquete deverá ser utilizado acima daquele realizado pelo ferido, notadamente sem prejuízo da sua análise continuada pela equipe, a fim de identificar novas lesões.</p> </li> <li>3. O policial ferido ainda é um indivíduo treinado e diferenciado, e a equipe policial envolvida no atendimento deverá analisar se ele é capaz de colaborar de alguma forma, tentando explorar suas capacidades operacionais.</li> <li>4. A equipe policial deverá verificar a capacidade do ferido de andar, a fim de não empenhar os demais policiais na sua condução, para que a segurança da equipe seja potencializada no cenário crítico.</li> <li>5. Se o policial vítima estiver imóvel e irresponsivo, a possibilidade de óbito deve ser considerada. A equipe policial no local ponderará o risco em realizar o atendimento de acordo com esse POP de forma abreviada, pois poderá expor outros operacionais a um risco desnecessário sem oferecer a vítima uma real possibilidade de sobrevivência.</li> <li>6. Se o policial vítima estiver responsivo e capaz de se mover até uma área abrigada, deverá ser orientado a fazê-lo imediatamente.</li> <li>7. Se o policial vítima estiver responsivo, mas incapaz de se mover até uma área abrigada, um plano de resgate será utilizado, obedecendo os procedimentos operacionais de conduta de patrulha, com objetivo de, após obtenção tática de fogo, conter o sangramento de membros (com a colocação do torniquete) e remover a vítima para uma área protegida.</li> </ol>
POSSIBILIDADES DE ERRO
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. A equipe, ao verificar que um de seus integrantes foi ferido gravemente, tentar se aproximar dele o mais rápido possível, não observando o cenário como um todo, ameaça inicial ou outras ameaças, podendo ocasionar novos ferimentos ou morte de mais policiais.</li> <li>2. Não havendo a possibilidade de se deslocar de imediato para prestar o apoio, a equipe não tentar realizar o contato verbal com o policial vítima, deixando de orientá-lo a buscar um local mais seguro para que se livre de outros ferimentos, assim como de que realizem procedimentos para minimizar lesões, incluindo a aplicação do torniquete.</li> <li>3. Ao elaborar um plano de extricação do policial vítima, não observar o cenário como um todo, como possíveis ameaças imediatas ou mediatas, não verificar também se é melhor esperar o apoio no local, deixando de observar a capacidade de locomoção do policial vítima, não se atendo à capacidade física dos integrantes da equipe, em caso de haver a necessidade de carregar o outro policial ou até mesmo quantidade de munições para uma cobertura de fogo.</li> </ol>
ESCLARECIMENTOS

1. Os cuidados emergenciais ao policial citado nesse procedimento operacional padrão **deverão** ser realizados somente em policiais militares vítimas de algum tipo de lesão traumática de membros com sangramento que possa comprometer as suas vidas.
2. **Extricação:** Termo muito utilizado em resgate, salvamento e medicina pré-hospitalar em geral. Extricar significa “retirar uma vítima de um local do qual ela não pode, ou não deve sair por meios próprios”.
3. O melhor atendimento emergencial no ambiente operacional hostil é a obtenção do controle de segurança da cena.
4. **Estado de Choque:** Procedimento CB Nº RES-01-03, última revisão em 16 de março de 2017. Pele pálida, fria e úmida; taquipneia (respiração rápida e superficial); taquicardia; sudorese; perfusão capilar lenta ou nula; confusão mental; agitação psicomotora; alteração sensorial visual: (visão escurecida; inconsciência); hipotensão arterial (choque descompensado).
5. Na fase do cuidado sob fogo, após a obtenção do controle de segurança da cena, o único suporte que pode ser empregado é a colocação do torniquete no membro ferido ou o arrasto da vítima para uma área abrigada.
6. Os policiais vítimas que estejam em condições operacionais deverão permanecer atuantes.
7. Todos os policiais militares deverão ter a mesma importância e comprometimento nesse cenário operacional, provendo cobertura de fogo, a fim de que sejam realizados os atendimentos, extricação do policial vítima e para que todos tenham conhecimento claro da divisão de funções operacionais, independente do quadro da PMESP.

POLICIA MILITAR DO ESTADO DE SÃO PAULO		DIAGNÓSTICO DO TRABALHO OPERACIONAL	
SUPERVISOR:		SUPERVISIONADO:	
DATA: ____/____/____	Nº PROCESSO: 5.19.00	Nº POP: 5.19.01	NOME DA TAREFA: Aproximação do Local de Alto Risco para o Socorro ao PM Vítima.
ATIVIDADES CRÍTICAS		SIM	NÃO
1. O policial militar que foi vítima de disparos obteve êxito em retornar a ação, procurando abrigo ou cobertura?			
2. O policial militar que foi prestar o apoio ao policial vítima esperou o momento mais seguro/adequado para o auxílio necessário?			
3. Os policiais militares que foram prestar o apoio obtiveram superioridade tática de fogo contra os agressores?			
4. Os policiais militares que foram prestar o apoio mantiveram contato com o policial vítima por meio de verbalização, gestos ou sinais para que ele se abrigasse ou deslocasse até um local mais seguro?			
5. Os policiais militares que foram prestar apoio ao policial vítima se atentaram para as técnicas corretas de aproximação e segurança?			
6. Os policiais militares que foram prestar o apoio realizaram o desarmamento do policial vítima se o seu estado mental necessitou, para que não se ferisse, nem a equipe ou mesmo outras pessoas?			
7. Os policiais militares que foram prestar o apoio tentaram acalmar o policial vítima para que não entrasse em estado de choque?			

	<b>POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE SÃO PAULO</b>	<b>POP: 5.19.02</b>
	<b>USO DO TORNIQUETE</b>	<b>ESTABELECIDO EM 24AGO18</b>
		<b>REVISADO EM:</b>
<b>AUTORIDADE RESPONSÁVEL: Chefe do Estado-Maior/PM</b> <b>NÍVEL DE PADRONIZAÇÃO: Geral.</b>		
<b>ATIVIDADES CRÍTICAS</b>		
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Coleta de dados e informações sobre a ocorrência.</li><li>2. Identificação do tipo de lesão.</li><li>3. Uso do torniquete ou remoção imediata para área abrigada.</li><li>4. Atentar aos procedimentos para que o policial resgatado não entre em estado de choque.</li></ol>		
<b>SEQUÊNCIA DAS AÇÕES</b>		
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Atentar para a sequência de ações de aproximação de local de alto risco visando ao socorro de policial vítima, conforme POP 5.19.01.</li><li>2. A equipe deverá observar se o policial vítima apresenta estado mental alterado devendo, se for o caso, realizar o seu desarmamento a fim de evitar ferimentos desnecessários, tanto no próprio policial ferido, como na equipe que realizará o atendimento inicial ou em civis que estiverem nas imediações.</li><li>3. O policial ferido ou a equipe que estará realizando o atendimento inicial deverá atentar para a correta utilização do <a href="#">torniquete</a> nos membros inferiores ou superiores com <a href="#">hemorragia</a> e, sobre o uniforme, aplicar e tencionar o equipamento até que o sangramento seja interrompido.</li><li>4. Atentar para o correto controle do sangramento, utilizando-se, quando necessário, do torniquete do tipo CAT, conforme esclarecimentos, e assim minimizar a chance de óbito do policial.</li><li>5. O policial miliar deverá atentar à forma correta de acondicionar e preparar o torniquete para o serviço, conforme Sequência de Acondicionamento do Torniquete:<ol style="list-style-type: none"><li>5.1. o policial deverá esticar o torniquete, conforme figura 1:</li></ol></li></ol>		
		
<p>Figura 1</p>		

5.2. passar sua ponta dentro da fivela, conforme figuras 2 e 3:



Figura 2



Figura 3

5.3. retornar com o velcro sobre o velcro por cerca de 15 cm, conforme figura 4:



Figura 4

5.4. Após essa etapa, deverá dobrar novamente a face sem velcro sobre a outra face sem velcro, permitindo que ele não fique fixo, conforme figura 5:

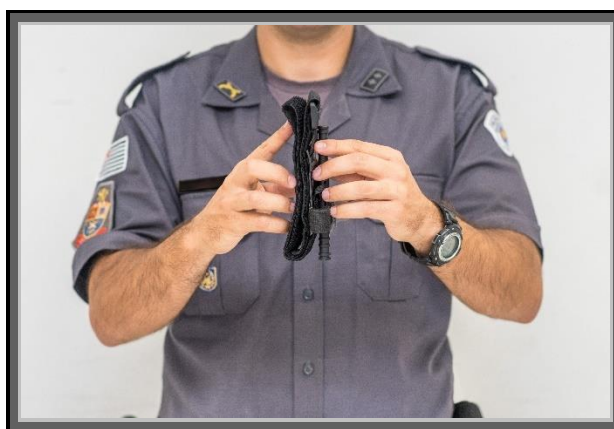


Figura 5



5.5. A haste deve estar no mesmo sentido da fita do torniquete e o velcro da trava da haste preso somente a um dos lados da haste, conforme figura 6:



Figura 6

5.6. O policial vítima ou o que presta o atendimento deverá:

5.6.1. inserir o torniquete puxando o velcro firmemente, conforme figuras 7 e 8:



Figura 7



Figura 8

5.6.2. para colocar o torniquete na perna e não enroscar em botas ou equipamentos, ele deverá ser aberto, conforme figuras 9 e 10:



Figura 9



Figura 10



5.6.3. o operacional deverá apertar e fixar sobre si ou sobre o policial vítima, tentando colocá-lo sempre no limite superior do membro, conforme figuras 11 e 12:



Figura 11



Figura 12

5.6.4. girar a haste até que esta exerça pressão suficiente para conter o sangramento, conforme figuras 13 e 14:



Figura 13



Figura 14

5.6.5. travar a haste no suporte, conforme figuras 15 e 16:



Figura 15



Figura 16

- 5.6.6. travar o sistema colocando o velcro sobre o suporte, imobilizando a haste e a banda com o velcro, conforme figuras 17 e 18:



Figura 17



Figura 18

- 5.6.7. marcar o horário de aplicação do torniquete no campo específico do próprio torniquete ou em algum lugar visível no corpo do policial vítima, para fins médicos;
- 5.6.8. observar a forma correta de acondicionamento do torniquete junto ao porta torniquete ou outro local para sua condução, a fim de que possa ser utilizado em todos os membros da forma mais rápida possível.
6. Em situações de amputações causadas por munições de alto impacto, deverá ser feito imediatamente o torniquete da forma explicitada anteriormente e, se possível, fazer a recolha do membro amputado, tentando acondicioná-lo em um recipiente ou saco plástico (limpos).
7. A equipe deverá tentar conversar e acalmar o policial vítima a todo o momento, a fim de que ele se mantenha ativo.

#### **RESULTADOS ESPERADOS**

1. O correto controle do sangramento, utilizando o torniquete tipo CAT, quando necessário, de modo a minimizar a chance de óbito do policial.
2. Que a equipe policial possa orientar o policial vítima a procurar um local ideal de cobertura ou abrigo e, se possível, o próprio policial vítima aplicar o torniquete, em sendo impossibilitada a aproximação dos demais policiais.

#### **AÇÕES CORRETIVAS**

1. Durante eventuais deslocamentos com o policial vítima, a equipe deverá observar os sinais vitais do socorrido, através do seu nível de consciência e capacidade de verbalização.
2. Os policiais que estiverem prestando o socorro se manterão observando o ferimento do policial vítima, pois caso constatem que ainda está ocorrendo o sangramento, eles deverão aplicar outro torniquete, sem retirar o que já foi utilizado, sempre no limite do membro, para que se estanque a hemorragia, principalmente nos casos em que o próprio policial tenha aplicado em si mesmo.

#### **POSSIBILIDADES DE ERRO**




1. O policial vítima não utilizar a técnica do torniquete quando deveria.
2. Aguardar demais para usar o torniquete.
3. Posicionar o torniquete de forma inadequada, próximo à lesão.
4. Não havendo a possibilidade de se deslocar de imediato para prestar o apoio, a equipe deverá tentar realizar o contato verbal com o policial vítima para orientá-lo a cuidar de sua segurança e de seus ferimentos; a falha nessa atitude pode permitir que a vítima sofra novas lesões ou que continue sangrando pela falta de auto aplicação do torniquete, se for o caso.

5. Utilizar meios de fortuna, com improvisação inadequada, que não consigam realizar a efetiva tensão necessária para conter o sangramento da lesão.
6. Realizar a técnica do torniquete para sangramentos superficiais.
7. Não tencionar o torniquete o suficiente para efetivamente deter o sangramento.
8. Não utilizar um segundo torniquete, quando necessário.
9. Afrouxar periodicamente o torniquete para permitir fluxo sanguíneo ao membro ferido.
10. Tentar realizar procedimentos médicos que não são de competência do policial militar e, dessa forma, agravar eventuais lesões ou expor a equipe a outras ameaças.

#### **ESCLARECIMENTOS**

1. Os cuidados médicos ao policial citado nesse procedimento operacional padrão **deverão** ser realizados somente em policiais militares vítimas de algum tipo de lesão traumática de membros com sangramento que possa comprometer as suas vidas.
2. A correta utilização e colocação do torniquete trata adequadamente o ferimento sangrante nos membros por até duas horas, portanto, após a sua utilização e a comprovação de que não existem outros ferimentos no policial vítima, o atendimento de emergência a ele pode ser corretamente realizado.
3. **Torniquete**: é um dispositivo usado para interromper a circulação sanguínea em membro que sofreu uma lesão ou dano, ocasionando hemorragia grave. Existem diversos dispositivos disponíveis no mercado, onde a situação em que será empregado, ou seja, o seu cenário de utilização, determinará a sua escolha. Todos os modelos buscam de alguma forma e eficiência em sanar a perda de grande volume sanguíneo. É interessante que seu uso seja feito por pessoa devidamente habilitada, não sendo um procedimento exclusivo do profissional da saúde.  
Torniquete ajustável para controle de hemorragias nas extremidades inferiores e superiores. O torniquete possui um sistema de fechamento único que permite uma aplicação extremamente rápida e remoção suave resultando em menor perda sanguínea. O torniquete deve possuir uma barra para sua estabilização que mantém sua integridade e diminui o pinçamento da pele. Confeccionado em Nylon 6, poliamida, poliuretano e velcro. Cor : preto, cinza ou compatível com uniforme PM para uso operacional, sendo o azul específico para o treinamento. Embalagem individual.
4. **Hemorragia**: é caracterizada por uma perda de sangue em grande quantidade, quer seja por algum orifício natural, por ferimento cortante ou perfuro-cortante. Ela pode exteriorizar, ou seja, sair de dentro dos vasos sanguíneos e ser vista a olho nu, e é facilmente identificada. Quando a hemorragia ocorre e não podemos observar sangue fora do corpo, ela é caracterizada como interna, e por vezes só pode ser diagnosticada por pessoal e exames especializados. Se o padrão do sangramento ocorrer em jatos ou pulsos, a hemorragia tem grande probabilidade de ser de origem arterial, o que a torna bem mais grave. Usualmente o sangue nessa situação se apresenta na coloração vermelha mais forte. Se o sangramento for contínuo e não pulsante, com a coloração mais escurecida, pode caracterizar o sangramento de veias. Independente da origem, o mais importante é a quantidade; tornando ambas as situações de comprometimento à vida.

<b>POLICIA MILITAR DO ESTADO DE SÃO PAULO</b>		<b>DIAGNÓSTICO DO TRABALHO OPERACIONAL</b>	
<b>SUPERVISOR:</b>		<b>SUPERVISIONADO:</b>	
<b>DATA:</b> ____/____/____	<b>Nº PROCESSO:</b> <b>5.19.00</b>	<b>Nº POP:</b> <b>5.19.02</b>	<b>NOME DA TAREFA:</b> Uso do Torniquete
<b>ATIVIDADES CRÍTICAS</b>		<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
1. O policial vítima se abrigou para que não tivesse mais algum tipo de lesão?			
2. Foi identificado corretamente o tipo de lesão?			
3. O policial vítima conseguiu aplicar o torniquete sozinho e da maneira correta?			
4. A equipe policial no momento crítico, não podendo se aproximar do policial vítima, tentou verbalizar com o ferido para que ele procurasse um local seguro ou aplicasse o torniquete sozinho?			
5. Os policiais militares que foram prestar o apoio ao policial vítima aplicaram corretamente a técnica do torniquete?			
6. Os policiais militares que foram prestar o apoio realizaram o desarmamento do policial vítima se o seu estado mental necessitou, para que ele não se ferisse, nem a equipe ou mesmo as outras pessoas?			
7. O torniquete aplicado conseguiu estancar a hemorragia?			
8. Foi marcado o horário de aplicação do torniquete?			
9. Os policiais militares que foram prestar o apoio tentaram acalmar o policial vítima para que ele não entrasse em estado de choque?			

	<b>POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE SÃO PAULO</b>	<b>POP: 5.19.03</b>
	<b>USO DA BANDAGEM DO TIPO ISRAELENSE</b>	<b>ESTABELECIDO EM 24AGO18</b>
		<b>REVISADO EM:</b>
<b>AUTORIDADE RESPONSÁVEL: Chefe do Estado-Maior/PM</b> <b>NÍVEL DE PADRONIZAÇÃO: Geral.</b>		
<b>ATIVIDADES CRÍTICAS</b>		
<div><div>1.</div><div>Coleta de dados e informações sobre a ocorrência.</div></div> <div><div>2.</div><div>Remoção imediata para área abrigada.</div></div> <div><div>3.</div><div>Identificação do tipo de lesão.</div></div> <div><div>4.</div><div>Colocação correta da bandagem israelense.</div></div> <div><div>5.</div><div>Atentar aos procedimentos para que o policial resgatado não entre em estado de choque.</div></div>		
<b>SEQUÊNCIA DAS AÇÕES</b>		
<div><div>1.</div><div>Atentar à sequência de ações de aproximação de local de alto risco para o socorro de policial vítima, conforme POP 5.19.01.</div></div> <div><div>2.</div><div>O policial ferido ou a equipe que estará realizando o atendimento inicial deverá atentar para a correta utilização da <b>bandagem do tipo israelense</b> nos membros inferiores, superiores ou em outras partes do corpo do policial vítima, observando os seguintes passos:</div></div> <div><div>2.1.</div><div>identifique a lesão e coloque a almofada, envolvendo a bandagem elástica em torno da parte do membro ou do segmento do corpo afetado, conforme figuras 1 e 2:</div></div>		
<div><div></div><div></div></div>		
<div><div>Figura 1</div><div>Figura 2</div></div>		



2.2. inserir a bandagem elástica na barra de pressão, conforme figura 3:



Figura 3

2.3. puxe a barra de pressão forçando para baixo a almofada, conforme figura 4:



Figura 4

2.4. envolver a bandagem elástica firmemente sobre a barra de pressão, envolvendo todas as

bordas da almofada e finalizar o fechamento das extremidades com a barra do fecho na atadura elástica, conforme figuras 5, 6, 7 e 8:

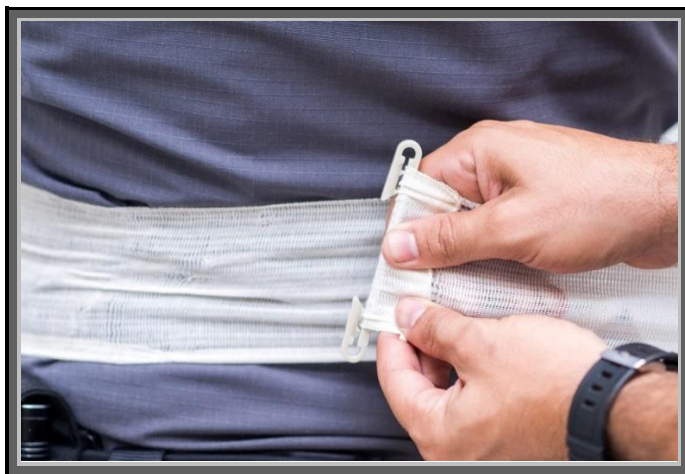


Figura 5



Figura 6



Figura 7





Figura 8

2.5. a bandagem poderá ser usada também para conter os sangramentos nos membros superiores e inferiores, conforme a figuras 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16:



Figura 9



Figura 10



Figura 11



Figura 12



Figura 13



Figura 14



Figura 15



Figura 16

2.6. a bandagem poderá ser utilizada na cabeça seguindo a mesma sequência de ações, conforme figuras 17, 18, 19 e 20:



Figura 17

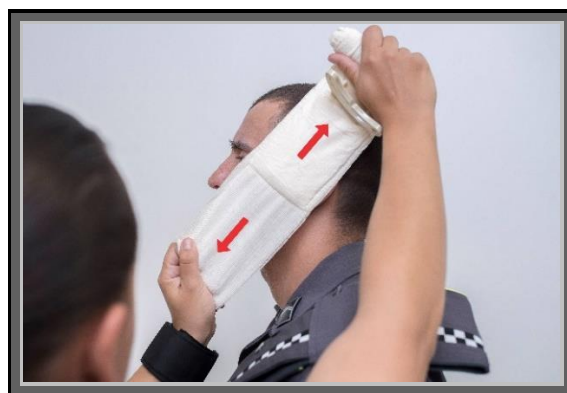


Figura 18



Figura 19



Figura 20

3. Em ferimentos causados na região do pescoço, o policial ferido deverá permanecer com o

braço contralateral ao ferimento levantado, para que, ao término da aplicação da bandagem, quando ele abaixar o braço, seja aumentada a pressão da bandagem sobre a lesão, observando-se os seguintes passos:

- 3.1. identificar a lesão e colocar a almofada, envolvendo a bandagem em torno do pescoço e passando por debaixo do seu braço, conforme figuras 21 e 22:



Figura 21



Figura 22

- 3.2. inserir a bandagem na barra de pressão, conforme figura 23:



Figura 23

- 3.3. apertar a atadura até atingir a tensão desejada, conforme figura 24:





Figura 24

- 3.4. puxar a barra de pressão forçando para baixo a almofada, conforme figura 25:



Figura 25

- 3.5. envolver a bandagem firmemente sobre a barra de pressão, envolvendo todas as bordas da almofada e finalizar com o fechamento das extremidades com a barra do fecho na atadura elástica, descendo o braço do policial vítima logo em seguida, conforme figuras 26 e 27:




Figura 26

Figura 27

<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	
1.	Atentar para o correto controle do sangramento, utilizando-se da bandagem israelense e minimizando a chance de óbito do policial vítima, após ele estar seguro em um local adequado de cobertura ou abrigo.
<b>AÇÕES CORRETIVAS</b>	
1.	Durante eventuais deslocamentos com o policial vítima, a equipe deverá observar os sinais vitais do socorrido, através do seu nível de consciência e capacidade de verbalização.
2.	Os policiais que estiverem prestando o socorro observarão o ferimento do policial vítima, pois caso constatem que o sangramento ainda perdura, eles poderão tentar apertar ainda mais a bandagem (no tórax, cabeça ou abdômen) ou aplicar um torniquete, se for em membros imediatamente acima do já aplicado, a fim de que o sangramento seja estancado.
<b>POSSIBILIDADES DE ERRO</b>	
1.	O policial vítima não utilizar a bandagem israelense quando deveria.
2.	Utilizar tecidos ou outros objetos que não possibilitem realizar a tensão necessária para o controle da hemorragia.
3.	Utilizar a bandagem israelense em sangramentos superficiais.
4.	Não posicionar a almofada da bandagem no lugar onde está o ferimento.
5.	Não apertar a bandagem o suficiente para efetivamente deter o sangramento pela pressão.
6.	Não utilizar outra bandagem ou um torniquete para auxiliar o estancamento do sangramento.
7.	Afrouxar periodicamente a bandagem.
8.	Tentar realizar procedimentos médicos que não são de competência do policial militar, por meio dos quais possam agravar eventuais lesões ou expor a equipe a outras ameaças.
<b>ESCLARECIMENTOS</b>	
1.	Os cuidados médicos ao policial citado nesse procedimento operacional padrão <b><u>deverão</u></b> ser realizados somente em policiais militares vítimas de algum tipo de lesão traumática de membros com sangramento que possa comprometer as suas vidas.
2.	<b>Bandagem do tipo Israelense (epônimo):</b> Bandagem de Emergência de 15 cm de largura com pressão direta multifuncional para tratamento de hemorragias traumáticas em emergências composta de atadura elástica (20% algodão e 80% poliamida) estéril (por Raio Gama), embalada a vácuo com comprimento mínimo de 240 cm (normal) a 430 cm (esticada), livre de látex, um curativo não aderente (viscose e algodão costurados à bandagem com camada de polietileno) largura 15 cm, um aplicador de pressão colado do lado oposto do curativo e uma trava de fechamento de policarbonato costurada à extremidade da atadura elástica. Cor Verde ou Branca. Bandagem de Emergência de 30 cm de largura com pressão direta multifuncional para tratamento de hemorragias traumáticas em emergências composta de atadura elástica (20% algodão e 80% poliamida) estéril (por Raio Gama), embalada à vácuo com comprimento mínimo de 240 cm (normal) a 430 cm (esticada), livre de látex, um curativo não aderente (viscose e algodão costurados à bandagem com camada de polietileno) largura 30 cm, um aplicador de pressão colado do lado oposto do curativo e uma trava de fechamento de policarbonato costurada à extremidade da atadura elástica. Cor Verde.
3.	A correta utilização e colocação da bandagem israelense trata adequadamente o ferimento sangrante, com pequena a moderada quantidade de sangramento nos membros por algumas horas, preservando também o ferimento contra eventuais riscos de contaminações ou outros traumas externos, evitando assim danos adicionais à lesão, portanto, após a sua utilização e a comprovação de que não existem outros ferimentos no policial vítima, o atendimento de emergência a ele pode ser corretamente realizado.

POLICIA MILITAR DO ESTADO DE SÃO PAULO		DIAGNÓSTICO DO TRABALHO OPERACIONAL	
SUPERVISOR:		SUPERVISIONADO:	
DATA: ____/____/____	Nº PROCESSO: 5.19.00	Nº POP: 5.19.03	NOME DA TAREFA: Uso da Bandagem Israelense
ATIVIDADES CRÍTICAS	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
1. O policial vítima se abrigou para que não sofresse mais algum tipo de lesão?			
2. A equipe policial no momento crítico, não podendo se aproximar do policial vítima, tentou verbalizar com o ferido para que ele procurasse um local seguro?			
3. Foi identificado corretamente o tipo de lesão?			
4. O policial vítima conseguiu aplicar a bandagem israelense sozinho e da maneira correta?			
5. A equipe policial conseguiu aplicar corretamente a bandagem no policial vítima?			
6. Os policiais militares que foram prestar o apoio realizaram o desarmamento do policial vítima se o seu estado mental necessitou, para que ele não se ferisse, nem a equipe ou mesmo outras pessoas?			
7. Os policiais militares que foram prestar o apoio tentaram acalmar o policial vítima para que ele não entrasse em estado de choque?			

	<b>POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE SÃO PAULO</b>	<b>POP: 5.19.04</b>
	<b>TÉCNICAS DE ARRASTO E CONDUÇÃO DE PM VÍTIMA</b>	<b>ESTABELECIDO EM 24AGO18</b>
		<b>REVISADO EM:</b>
<b>AUTORIDADE RESPONSÁVEL: Chefe do Estado-Maior/PM</b> <b>NÍVEL DE PADRONIZAÇÃO: Geral.</b>		
<b>ATIVIDADES CRÍTICAS</b>		
<div>1. Coleta de dados e informações sobre a ocorrência.</div> <div>2. Identificação do tipo de lesão.</div> <div>3. Uso de técnicas pré-hospitalares ou remoção imediata para área abrigada.</div> <div>4. Condução do policial vítima até a viatura operacional ou de resgate.</div> <div>5. Embarque do policial vítima dentro da viatura ou do veículo de transporte.</div> <div>6. Aplicação dos procedimentos para que o policial resgatado não entre em estado de choque.</div> <div>7. Condução do policial vítima até o hospital mais adequado para realizar os procedimentos médicos.</div>		
<b>SEQUÊNCIA DAS AÇÕES</b>		
<div>1. Atentar à sequência de ações de aproximação de local de alto risco para o socorro de policial vítima, conforme POP 5.19.01 e atendimento ao policial vítima, conforme POP 5.19.02 e POP 5.19.03.</div> <div>2. Todo o deslocamento em um ambiente hostil, onde já houve disparos contra os policiais militares será realizado por no mínimo dois policiais, que deverão se ater para os pontos de perigo, tentando sempre buscar o controle de segurança da cena, não perdendo o contato visual com a sua equipe e do policial ferido.</div> <div>3. O policial ferido ainda é um indivíduo treinado e diferenciado, a equipe policial envolvida no atendimento deverá analisar se o policial ferido é capaz de colaborar, de alguma forma, tentando explorar as suas capacidades combativas.</div> <div>4. A equipe policial deverá verificar a capacidade do ferido de andar, a fim de não empenhar os demais policiais na sua condução, para que a segurança notadamente seja potencializada no cenário crítico.</div> <div>5. Para a condução do policial ferido até área segura, a equipe deverá estar atenta aos riscos envolvidos, como:</div> <div>5.1. distância a ser coberta;</div> <div>5.2. peso do policial vítima;</div> <div>5.3. capacidade de arrasto da equipe;</div> <div>5.4. possibilidades de cobertura ao longo do trajeto;</div> <div>5.5. possíveis técnicas auxiliares de arrasto e condução.</div>		



6. Atentar para a correta forma de conduzir o policial vítima inconsciente, devendo seguir os seguintes passos:

6.1. levantá-lo através do colete ou farda e travá-lo com o joelho, na “posição torre”, conforme figuras 1 e 2:



Figura 1



Figura 2

6.2. o policial deverá pegar a mão direita com o punho direito e a mão esquerda com o punho esquerdo, conforme figura 3:

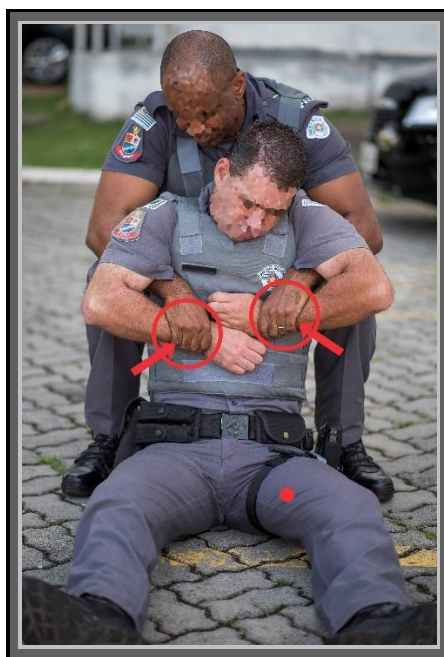


Figura 3

- 6.3. o policial militar deverá atentar para a forma correta de levantar o ferido, fazendo força com as pernas e não com as costas, iniciando o seu arrasto, conforme figuras 4 e 5:



Figura 4



Figura 5

- 6.4. na técnica de arrasto por um agente operacional ou operador, do policial vítima inconsciente, o policial deverá arrastar o policial vítima inconsciente pelo colete, farda ou um dos braços, sempre empunhando a sua arma de fogo, conforme figuras 6 e 7:

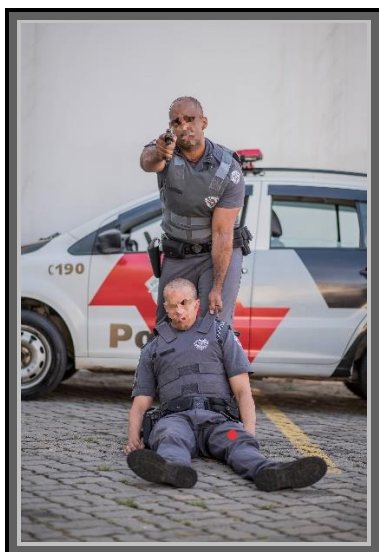


Figura 6



Figura 7

- 6.5. o policial deverá colocar o policial vítima inconsciente nas costas, travando um dos seus braços, para que dessa forma consiga carregá-lo, sempre empunhando a sua arma de fogo,

conforme figuras 8 e 9:



Figura 8



Figura 9

6.6. o policial deverá colocar o policial vítima deitado no chão, conforme figura 10:



Figura 10

6.7. o policial deverá dobrar as pernas do policial vítima, conforme figuras 11 e 12:

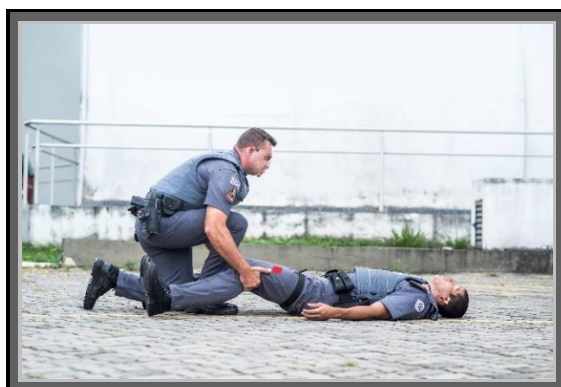


Figura 11



Figura 12

6.8. posteriormente ele deverá prender as pernas do policial vítima com os seus joelhos e puxá-lo pelo colete, conforme figuras 13, 14 e 15:





Figura 13



Figura 14



Figura 15

6.9. em ato contínuo, o policial deverá pisar nas pontas dos pés do policial vítima, para realizar o “travamento” dos pés do ferido, puxando o seu tronco para cima em um único movimento, conforme figuras 16, 17 e 18:



Figura 16



Figura 17



Figura 18

6.10. em seguida, o policial deverá pegar um dos braços do policial vítima e colocá-lo em suas costas, abaixando o quadril e levantando o policial vítima, logo após realizar o travamento da perna dele com um dos braços e sempre que possível manter empunhado o armamento, conforme figuras 19, 20, 21, 22 e 23:



Figura 19



Figura 20



Figura 21



Figura 22



Figura 23

6.11. os policiais pegarão o policial vítima pelas alças do colete, farda ou braços, a fim de realizar o seu arrasto, sendo que sempre deverão estar empunhando a arma visando aumentar a segurança da equipe, conforme figuras 24 e 25:



Figura 24



Figura 25

6.12. os policiais deverão conduzir o policial vítima pelos seus braços em torno do pescoço, sendo que sempre deverão estar empunhando as suas armas para aumentar a segurança da equipe, conforme figuras 26 e 27:

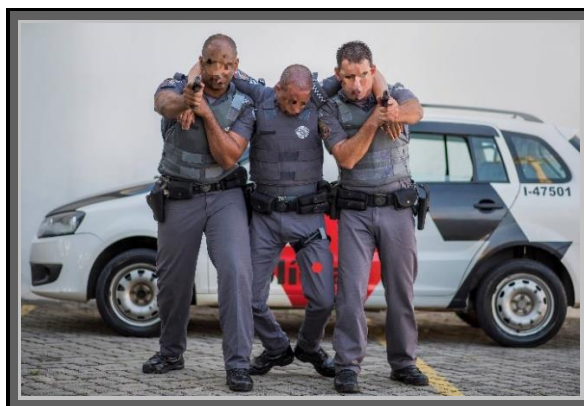


Figura 26



Figura 27



- 6.13. os policiais sempre deverão estabelecer um perímetro de segurança, sendo que enquanto um policial realiza o arrasto o outro permanece na cobertura, conforme figuras 28, 29 e 30:



Figura 28



Figura 29



Figura 30

- 6.14. os policiais deverão cruzar uma perna sobre a outra do policial vítima, possibilitando que, de forma coordenada, realizem o seu levantamento e o policial que estiver segurando as pernas do policial vítima empunhe a arma para a segurança da equipe, figuras 31, 32, 33, 34 e 35:

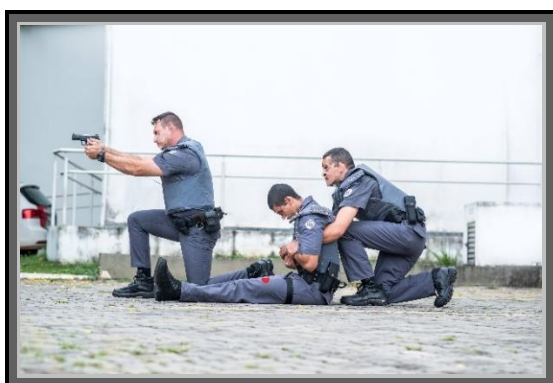


Figura 31



Figura 32





Figura 33



Figura 34



Figura 35

7. Condução do policial vítima inconsciente dentro da viatura operacional, ocorrerá somente em casos de extrema urgência, quando não estiver disponível o socorro adequado e imediato. Em todo o momento, o policial socorrido deverá permanecer com os braços e pernas para dentro do veículo a fim de que se evitem novas lesões decorrentes de acidentes de trânsito no deslocamento até o hospital mais apropriado para o atendimento:
- 7.1. caso a equipe seja composta por dois policiais, a condução do policial vítima no banco traseiro da viatura será feita evitando a utilização do seu guarda preso e, por consequência, à exposição de algum tipo de contaminação, eventualmente infecciosa, observando que o policial socorrista deverá entrar primeiro com o seu corpo na viatura puxando o policial vítima para dentro do veículo, sair pelo outro lado, fechar a porta, dar a volta e colocar as pernas do policial para dentro e também fechar a porta, sendo que ele deverá ser colocado de uma forma que as suas vias aéreas permaneçam sempre livres, conforme a figuras 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45 e 46:



Figura 36



Figura 37



Figura 38



Figura 39



Figura 40



Figura 41



Figura 42



Figura 43





Figura 44



Figura 45



Figura 46

7.2 caso a equipe seja composta por três policiais, o segundo policial permanecerá na segurança da equipe e se o local estiver seguro, ele deverá auxiliar na colocação do policial vítima para dentro da viatura, conforme figuras 47, 48, 49, 50, 51 e 52:

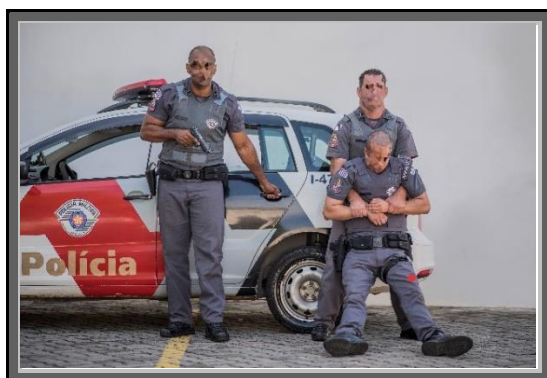


Figura 47



Figura 48



Figura 49



Figura 50

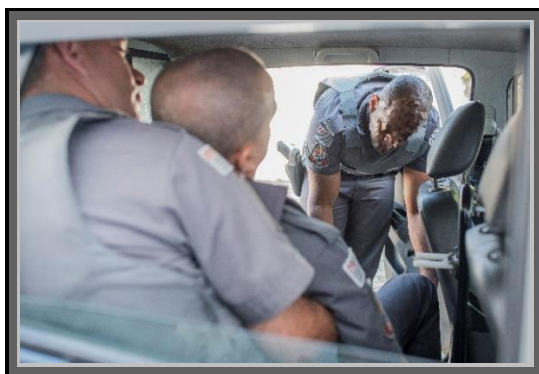


Figura 51

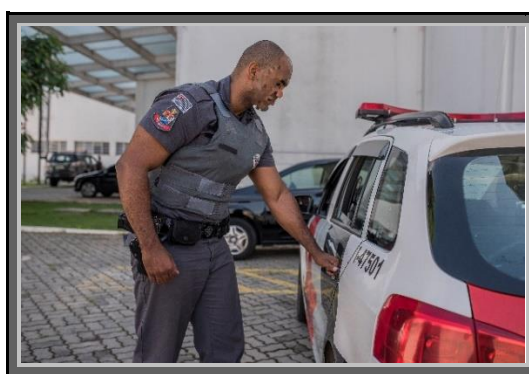


Figura 52

8. Se no trajeto os policiais militares que estiverem realizando o resgate ao policial vítima se depararem com uma Unidade de Emergência Médica em condições de atendimento, em deslocamento para o apoio àquele policial vítima, deverão repassar a necessidade do socorro aos bombeiros, atendo-se às informações essenciais, como ocorreu aquele ferimento, o que foi feito com o policial vítima, estado das vias aéreas e eventuais questionamentos daquela equipe especializada.
9. Transmitir ao COPOM/COBOM/SAMU informações sobre o quadro clínico do policial vítima e solicitar orientações de para qual local ele deve ser socorrido.
10. Na ausência de determinação do COPOM/COBOM/SAMU, os policiais deverão idealmente conhecer os locais adequados para a condução do socorrido, sabendo diferenciar postos de saúde, unidades de pronto atendimento, hospitais primários e de referência, centros universitários e outros, onde o primeiro atendimento será realizado de forma rápida e correta, com os recursos necessários disponibilizados.

### RESULTADOS ESPERADOS

1. Realizar a correta extração do policial vítima do ambiente hostil, sempre com cobertura de fogo, atentando para as utilizações devidas/apropriadas das técnicas de condução.
2. Colocar e conduzir o policial vítima na forma correta dentro da viatura policial, transportando-o até o hospital com melhores condições técnicas e operativas, a fim de minimizar eventual risco de morte e danos colaterais.

<b>AÇÕES CORRETIVAS</b>	
1.	Se a equipe perceber que o local não está seguro para que se realize a aproximação até o policial vítima, ela não será executada, evitando então nesse cenário, mais policiais feridos. Nesse contexto, a equipe deverá tentar verbalizar com o ferido, para que este tente buscar um local seguro e não sofra mais lesões, inclusive coloque o torniquete.
2.	Deve-se salientar que no caso dos policiais não disporem de uma viatura operacional ou viatura de resgate no momento crítico para socorrer o policial vítima, os operacionais deverão se ater ao poder de polícia que lhes é confiado e requisitar veículos civis visando ao transporte do ferido até o hospital com a maior capacidade e equipe especializada de atendimento específico e adequado, para minimizar eventual risco de morte e outros danos colaterais decorrentes das lesões por ele sofridas.
<b>POSSIBILIDADES DE ERRO</b>	
1.	Conduzir o policial vítima da maneira errada, potencializando os seus ferimentos ou o expondo a mais riscos desnecessários.
2.	Acondicionar o policial vítima no guarda preso, conduzindo-o de forma inadequada e degradante.
3.	Conduzir o policial vítima com pernas e braços para fora da viatura, o expondo a lesões por conta de possíveis colisões com outros veículos.
4.	Não ter conhecimento mínimo dos hospitais, centros de saúde e outros, nas respectivas áreas de patrulhamento, para eventuais encaminhamentos emergenciais do policial vítima.
<b>ESCLARECIMENTOS</b>	
1.	Os cuidados médicos ao policial citado nesse procedimento operacional padrão <b><u>deverão</u></b> ser realizados somente em policiais militares vítimas de algum tipo de lesão traumática de membros com sangramento que possa comprometer as suas vidas.
2.	Na fase do cuidado sob fogo, após a obtenção de superioridade de fogo tática, o único suporte médico que pode ser empregado é a colocação do torniquete no membro ferido ou arrasto da vítima para uma área abrigada.
3.	Os policiais vítimas que estejam em condições de combate deverão permanecer operacionais.
4.	Todos os policiais militares deverão ter a mesma importância e comprometimento nesse cenário operacional, provendo ampla cobertura de fogo a fim de que sejam realizados os atendimentos, extração do policial vítima e de que todos tenham conhecimento claro da divisão de funções operacionais, independente do quadro da PMESP.

POLICIA MILITAR DO ESTADO DE SÃO PAULO		DIAGNÓSTICO DO TRABALHO OPERACIONAL	
SUPERVISOR:		SUPERVISIONADO:	
DATA: ____/____/____	Nº PROCESSO: 5.19.00	Nº POP: 5.19.04	NOME DA TAREFA: Técnicas de arrasto e condução de Policial vítima
ATIVIDADES CRÍTICAS	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
1. Os policiais militares que foram prestar o apoio obtiveram superioridade tática de fogo contra os agressores?			
2. Os policiais militares que foram prestar o apoio ao policial vítima se atentaram para as técnicas corretas de aproximação e extração em segurança?			
3. Os policiais militares que realizaram a extração do policial vítima potencializaram a lesão por ele sofrida?			
4. O policial militar ou a equipe que prestou o apoio ao policial vítima realizou as técnicas de arrasto corretamente?			
5. Havia a real necessidade de extração do policial vítima naquele momento?			
6. Os policiais militares realizaram corretamente a colocação do policial vítima dentro da viatura ou do veículo de transporte?			
7. Durante a condução ou arrasto do policial vítima até o veículo de transporte, a equipe deixou de atentar contra a segurança dos policiais?			
8. Os policiais militares que foram prestar o apoio tentaram acalmar o policial vítima para que ele não entrasse em estado de choque?			
9. Os policiais militares conduziram o policial vítima até o Hospital mais adequado para realizar os procedimentos médicos?			

<b>DOCTRINA OPERACIONAL</b>	
<b>PROCESSO: RESGATE TÁTICO PM FERIDO</b>	
<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>LEGISLAÇÃO</b>
<a href="#"><u>Atendimento Emergencial a Policias Militares</u></a>	Diretriz nº PM3-002/02/00
<a href="#"><u>Atribuição das Policias Militares</u></a>	Art. 144, § 5º, 1ª parte da Constituição Federal; letra “a”, “b” e “c” do art. 3º do Decreto Lei nº 667/69 (redação dada pelo Decreto-Lei nº 2.10/83); LAZZARINI Álvaro. A Segurança Pública e o Aperfeiçoamento da Polícia no Brasil. Revista A Força Policial. São Paulo: Polícia Militar do Estado de São Paulo. nº 5, jan/mar, 1995.
<a href="#"><u>Preceitos Constitucionais</u></a>	Art. 5º e os incisos II, III, XXXIX, XLII, XLIII, XLIX, LIV, LVI, LVII, LVIII, LXI, LXII, LXIII, LXIV e LXV da Constituição Federal, dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos.
<a href="#"><u>Poder de Polícia</u></a>	MEIRELLES, Hely Lopes. <i>Direito Administrativo Brasileiro</i> , 26ª Edição, São Paulo: Malheiros, 2001; Art. 78 do Código Tributário Nacional; LAZZARINI, Álvaro e outros. <i>Direito Administrativo da ordem pública</i> . 3.ed. Rio de Janeiro: Forense, 1998.
<a href="#"><u>Discrecionalidade da Ação Policial</u></a>	LAZZARINI, Álvaro. Poder de Polícia e Direitos Humanos. Revista A Força Policial. São Paulo: Polícia Militar do Estado de São Paulo. nº 30; LAZZARINI, Álvaro e outros. <i>Direito Administrativo da ordem pública</i> . 3.ed. Rio de Janeiro: Forense 1998; MAURÍCIO GARIBE e CEL PMESP ALAOR SILVA BRANDÃO. Os limites da Discrecionalidade do Poder de Polícia. Revista a Força Policial. São Paulo: Polícia Militar do Estado de São Paulo. nº 23.
<a href="#"><u>Emprego Operacional da PMESP</u></a>	Diretriz nº PM3-005/02/97, de 04DEZ97.
<a href="#"><u>Manual do Policiamento Ostensivo</u></a>	M-14-PM “2ª Edição”.
<a href="#"><u>Manual de Conduta de Patrulha em Local de Risco</u></a>	M-21-PM.
<a href="#"><u>Normas Operacionais de Policiamento PM - NORSOP</u></a>	Diretriz nº PM3-008/02/06, de 01AGO06.
<a href="#"><u>Diretrizes sobre o Uso da Força pelos Agentes de Segurança Pública</u></a>	Código de conduta para os funcionários responsáveis pela aplicação da lei, adotado pela Assembléia Geral das Nações Unidas na sua resolução 34/169, de 17DEZ79. Os princípios Básicos sobre o Uso da Força e



	Armas de Fogo pelos Funcionários Responsáveis pela Aplicação da Lei, adotados pelo Oitavo Congresso das Nações Unidas para a Preservação do Crime e o Tratamento dos Delinquentes. Portaria Interministerial nº 4.226, de 31DEZ10, que estabelece diretrizes sobre o Uso da Força pelos Agentes de Segurança Pública.
<a href="#">Manual de Tiro Defensivo na Preservação da Vida – “Método Giraldi”</a>	M-19-PM, 2 ed. Publicado anexo ao Bol G PM nº 099, de 27MAI13.
<a href="#">J R Army Med Corps</a>	Quayle J, Thomas G: A pre-hospital technique for controlling haemorrhage from traumatic perineal and high amputation injuries. J R Army Med Corps 2016;157:419-420.
<a href="#">J Spec Oper Med</a>	Butler F: The U.S. Military Experience with Tourniquets and Hemostatic Dressings in the Afghanistan and Iraq Conflicts. J Spec Oper Med 2015;15:149-152.
<a href="#">J Spec Oper Med</a>	Altamirano M, Kragh J, Aden J, Dubick M: Role of the windlass in improvised tourniquets use on a manikin hemorrhage model. J Spec Oper Med 2015;15:42-46.
<a href="#">Crit Care Nurse</a>	Day M: Control of traumatic extremity hemorrhage. Crit Care Nurse 2016;36:40-51.
<a href="#">Prehosp Emerg Care</a>	Gerhardt R, Reeves P, Kotwal R, et al: Analysis of prehospital documentation of injury- related pain assessment and analgesic administration on the contemporary battlefield. Prehosp Emerg Care 2016;20:37-44.
<a href="#">J R Army Med Corps</a>	Quayle J, Thomas G: A pre-hospital technique for controlling haemorrhage from traumatic perineal and high amputation injuries. J R Army Med Corps 2016;157:419-420.
<a href="#">J Trauma Acute Care Surg</a>	Rasmussen T, Baer D, Goolsby C: The giving back- battlefield lesson to national preparedness. J Trauma Acute Care Surg 2016 Jan;80:166-7.
<a href="#">Injury</a>	Te Grotenhuis R, van Grunsven P, Heutz W, Tan E; Prehospital use of hemostatic dressings in emergency medical services in the Netherlands: a prospective study of 66 cases. Injury 2016;Epub ahead of print.
<a href="#">The Wall Street Journal</a>	Phillips M: Tourniquet use urged in public-safety push. The Wall Street Journal; November 19, 2015.

<a href="#"><u>J Trauma Acute Care Surg</u></a>	Kumar A, Schwartz S: A strategically aligned Food and Drug Administration: New ways to leverage research and deliver safe, effective, and secure devices for trauma care. J Trauma Acute Care Surg. 2015 Oct;79:S75-S77.
<a href="#"><u>Mil Med</u></a>	Aberle S, Dennis A, Landry J, Sztajnkrzyer M: Hemorrhage control by law enforcement personnel: a survey of knowledge translation from the military combat experience. Mil Med 2015;180:615-620.
<a href="#"><u>Crit Care Nurs Clin North Am</u></a>	Bridges E, McNeill M: Trauma resuscitation and monitoring: military lessons learned. Crit Care Nurs Clin North Am 2015;27:199-211.
<a href="#"><u>Can J Surg</u></a>	Chen J, Nadler R, Schwartz D, et al: Needle thoracostomy for tension pneumothorax: the Israeli Defense Forces experience. Can J Surg 2015;58:S118-S124.
<a href="#"><u>Journal of Emergency Medical Services News</u></a>	Heightman AJ: Use of individual first aid kits (IFAKs) credited with saving lives in LA. Journal of Emergency Medical Services News. 26 July 2015.
<a href="#"><u>Mil Med</u></a>	Drew J, Chou V, Miller C, et al: Clearing the cervical spine in a war zone: what other injuries matter? Mil Med 2015;180:792-797.