

REALVIDAS
RESCUAMENTO E EMERGÊNCIAS 24h

Ficha de Acompanhamento

| | | | | | | | |
|---------------------------------|--|---------------------------------------|--|-----------------------------------|---|-------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> BÁSICA | <input checked="" type="checkbox"/> UTI ADULTO | <input type="checkbox"/> UTI INFANTIL | <input type="checkbox"/> UTI NEO | <input type="checkbox"/> UTI ÁREA | <input checked="" type="checkbox"/> EVENTOS | <input type="checkbox"/> PARTICULAR | <input type="checkbox"/> APH |
| <input type="checkbox"/> EXAMES | <input type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR | | <input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR | | <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO | | |

EMPRESA

CBJ.

Solicitante

THIARA.

Data 19.01.21

Origem: Colônia Poco Botelho

X

Nome: COPA SÃO BERNARDO INT. JURO

Idade

Contato:

Sexo

 Masculino Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|-------------|-----|------|-------|------|-------|-----|-----|-----|-----|
| Principais Queixas | <input type="checkbox"/> Dificuldades respiratórias <input type="checkbox"/> Febre | <input type="checkbox"/> Dores <input type="checkbox"/> Nausea | <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Vomitos | | | | | | | | | | | | |
| Vias Aéreas | <input type="checkbox"/> Alergia <input type="checkbox"/> Vias Livres <input type="checkbox"/> Corpo estanho | <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial <input type="checkbox"/> Broncoaspiração | <input type="checkbox"/> Obstrução Total <input type="checkbox"/> Edema de Glote | | | | | | | | | | | | |
| Respiração | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Assistida <input type="checkbox"/> Ausculta Normal <input type="checkbox"/> Diminuição MV <input type="checkbox"/> Expansibilidade Normal <input type="checkbox"/> Enfisema sub-cutâneo | <input type="checkbox"/> Insufic. Resp. Aguda <input type="checkbox"/> Controlada <input type="checkbox"/> Sibilos <input type="checkbox"/> à D <input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Hemoptise | <input type="checkbox"/> Parada Ventilatória <input type="checkbox"/> Ritmo Irregular <input type="checkbox"/> Roncos <input type="checkbox"/> Ausência MV <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Ventil Espontânea <input type="checkbox"/> Crepitantes <input type="checkbox"/> à D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> Irregular | | | | | | | | | | | |
| Circulação | <input type="checkbox"/> Pulso Regular <input type="checkbox"/> Parada cardíaco Respiratória <input type="checkbox"/> Pele Normal <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Pressão Arterial Hipotensão <input type="checkbox"/> Choque Hipovolêmico <input type="checkbox"/> Edema Ausente | <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Pressão Arterial Hipertensão <input type="checkbox"/> Séptico <input type="checkbox"/> Palpebral | <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Dor Torácica Típica <input type="checkbox"/> Anafilático <input type="checkbox"/> M. Inferiores | <input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Cardiog <input type="checkbox"/> Anasarca | | | | | | | | | | | |
| Neuro | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Sonolência | <input type="checkbox"/> Obnubilação | <input type="checkbox"/> Agitação | <input type="checkbox"/> Coma | | | | | | | | | | |
| Abertura ocular | <input type="checkbox"/> Espontânea 4 <input type="checkbox"/> voz 3 <input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1 | Resposta Verbal | <input type="checkbox"/> Orientada 5 <input type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Palavras Improprias 3 <input type="checkbox"/> Palavras Incompreensias 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1 | Resposta Motora | <input type="checkbox"/> Obdece comandos 6 <input type="checkbox"/> Localiza Dor 5 <input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4 <input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3 <input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1 | | | | | | | | | | |
| Gineco | <input type="checkbox"/> Abortamento Ameaça <input type="checkbox"/> Parto A Termo | <input type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> Parto Pré - Termo | <input type="checkbox"/> Provocado <input type="checkbox"/> Parto Pós - Termo | <input type="checkbox"/> Metrorragia | | | | | | | | | | | |
| TRAUMA | Descrição | Crâ | Face | Col | Tór | Bac | Msd | Mse | Mid | Mie | | | | | |
| | Escoriação | | | | | | | | | | | | | | |
| | Cont | | | | | | | | | | | | | | |
| | Ferim | | | | | | | | | | | | | | |
| | Luxa | | | | | | | | | | | | | | |
| | Frat | | | | | | | | | | | | | | |
| | Lace | | | | | | | | | | | | | | |
| Secç | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sinais Vitais e Parâmetros Evolutivos Evolução e Conduta / Horário | | | | | | QUEIMADURAS | Cab | Pesc | T Ant | Tpos | Perín | Msd | Mse | Mid | Mie |
| HORA | | | | | | | | | | | | | | | |
| PA | | | | | | | | | | | | | | | |
| FC | | | | | | | | | | | | | | | |
| FR | | | | | | | | | | | | | | | |
| GLASGOW | | | | | | | | | | | | | | | |
| TEMP | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sat O2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hgt | | | | | | | | | | | | | | | |
| Consumo de O2 | 150 | 140 | 130 | 120 | 110 | | | | | | | | | | |
| | 100 | 90 | 80 | 70 | 60 | | | | | | | | | | |
| | 50 | 40 | 30 | 20 | 10 | | | | | | | | | | |

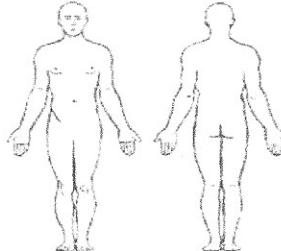
QUEIMADURAS

Cab Pesc T Ant Tpos Perín Msd Mse Mid Mie

I

II

III



Controle de Itinerários

| Saída Base | Origem | Destino | Destino | Chegada Base |
|---------------|---------------|---------------|---------|--------------|
| km 114798 | km 114804 | km 114866 | km | km |
| Hora 09:50 | Hora 10:00 | Hora 16:20 | Hora | Hora |
| Visto | Visto | Visto | Visto | |

Tipos de exames

CATE TOMO GTT TQT /TQM US RX RMN

Outros:

Observações Médicas / Enfermeiros

Sol brilhante com céu azul
 no hotel Paje / com céu azul
 sem nuvens

Edson Naldo
 Enfermeiro
 00031-37-283-648

Médico Responsável

Data _____

Enfermagem Responsável

Data 19/11/24

Condutor Socorrista

Data 19/11/24