



REALVIDAS
REMOÇÕES E EMERGÊNCIAS 24H

Ficha de Acompanhamento

BÁSICA UTI ADULTO UTI INFANTIL UTI NEO UTI ÁREA EVENTOS PARTICULAR APH
 EXAMES TRASFERÊNCIA HOSPITALAR ALTA HOSPITALAR INTERNACÃO

EMPRESA PREF-11WHA. **Solicitante** **Data** 31/10/2011

Origem: Planalto da cidade x

Nome: Enídio de monteiro Idade: 1 Contato: 1

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO _____ Nº CARTEIRINHA _____

Principais Dificuldades respiratórias Dores Tonturas

Queixas	<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Nausea	<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"/> 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"/> Fria <input type="checkbox"/> Atípica <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														
controle de O2															
Consumo de O2	150	140	130	120	110	QUEIMADURAS	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie
	100	90	80	70	60		I								
	50	40	30	20	10		II								
Consumo de O2	150	140	130	120	110										
	100	90	80	70	60										
	50	40	30	20	10										
Consumo de O2	150	140	130	120	110										
	100	90	80	70	60										
	50	40	30	20	10										

Controle de Itinerários

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 113365	km 113370	km 113374	km	km
Hora 7:40	Hora 7:50 12:00	Hora 12:50	Hora	Hora
Visto <i>José Henrique</i>	Visto <i>José Henrique</i>	Visto		

Tipos de exames

CATE TOMO GTT TQT / TQM US RX RMN

Outros:

Sinais Vitais e Parâmetros Evolutivos e Conduta / Horário

HORA	10:10H	10:45H	10:50H		
PA	13X8	120X90	110X80		
FC	90				
FR					
GLASGOW					
TEMP					
Sat O2					
Hgt					

Observações Médicas / Enfermeiros

7:50h - Início do cobertura do comido no panque da cida de com vestido de festas para intervenção se necessário

10:40 h - Cliente apresenta escoriações nas palmas das mãos, Realizado Limpeza e Curativo oclusivo com uso de LSF 0,9%, 8 chunador de gares e 1 atadura crepe pequeno e segue sem queixas

10:45h - Realizado 3 aplicações do PA se pano cheio e segue sem queixas

12:00 h - término do evento sem intercorrência

Médico Responsável

Data / /

Enfermagem Responsável

Reinaldo Henrique Leite Monteiro
Técnico em Enfermagem
Data COREN: 151200/2012

Condutor Socorrista

Data 31/10/2012