



REALVIDAS
RESCUOS E EMERGÊNCIAS 24h

Ficha de Acompanhamento

os

- | | | | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|--|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|
| <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 type="checkbox"/> EVENTOS | <input type="checkbox"/> PARTICULAR | <input type="checkbox"/> APH |
| <input checked="" type="checkbox"/> EXAMES | <input type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR | | <input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR | | <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO | | |

EMPRESA Hosp. Jo Ju Ho Solicitante Erika C. Iziana Data 27/05/22

Origem: Hospital de 10 de Julho x + More Clínica x. 10 de Julho

Nome: Aparecida de Fátima Soares Idade 66 Contato: _____

Sexo

Masculino

Feminino

SUS / CONVENIO _____ N° CARTEIRINHA _____

- | | | | |
|-------------------|---|---|--|
| Principais | <input type="checkbox"/> Dificuldades respiratórias | <input checked="" type="checkbox"/> Dor | <input checked="" type="checkbox"/> Tonturas |
| Queixas | <input type="checkbox"/> Febre | <input type="checkbox"/> Nausea | <input type="checkbox"/> Vomitos |

- | | | | |
|--------------------|---|--|--|
| Vias Aéreas | <input type="checkbox"/> Alergia | <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial | <input type="checkbox"/> Obstrução Total |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Vias Livres | | |
| | <input type="checkbox"/> Corpo estanho | <input type="checkbox"/> Broncoaspiração | <input type="checkbox"/> Edema de Glote |

- | | | | | |
|-------------------|---|---|--|--|
| Respiração | <input checked="" type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Insufic. Resp. Aguda | <input type="checkbox"/> Parada Ventilatória | <input type="checkbox"/> Ventil Espontânea |
| | <input type="checkbox"/> Assistida | <input type="checkbox"/> Controlada | <input type="checkbox"/> Ritmo Irregular | |
| | <input type="checkbox"/> Auscult Normal | <input checked="" type="checkbox"/> Sibilos | <input type="checkbox"/> Roncos | <input type="checkbox"/> Crepitantes |
| | <input type="checkbox"/> Diminuição MV | <input type="checkbox"/> à D | <input type="checkbox"/> E | <input type="checkbox"/> à D |
| | <input type="checkbox"/> Expansibilidade Normal | <input type="checkbox"/> Superficial | <input type="checkbox"/> Ausência MV | <input type="checkbox"/> E |
| | <input type="checkbox"/> Enfisema sub-cutâneo | <input type="checkbox"/> Hemoptise | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Irregular |

- | | | | | | |
|-------------------|---|---|--|-----------------------------------|--|
| Circulação | <input checked="" type="checkbox"/> Pulso Regular | <input type="checkbox"/> Irregular | <input type="checkbox"/> Ausente | <input type="checkbox"/> Cheio | <input checked="" type="checkbox"/> Fino |
| | <input type="checkbox"/> Parada cardíaco Respiratória | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Pele Normal | <input type="checkbox"/> Palidez | <input type="checkbox"/> Cianose | <input type="checkbox"/> Quente | <input type="checkbox"/> Fria |
| | <input type="checkbox"/> Seca | <input type="checkbox"/> Úmida | <input type="checkbox"/> Dor Torácica Típica | | <input type="checkbox"/> Atípica |
| | <input type="checkbox"/> Pressão Arterial Hipotensão | <input type="checkbox"/> Pressão Arterial Hipertensão | | | |
| | <input type="checkbox"/> Choque Hipovolêmico | <input type="checkbox"/> Séptico | <input type="checkbox"/> Anafilático | <input type="checkbox"/> Cardiog | |
| | <input type="checkbox"/> Edema Ausente | <input type="checkbox"/> Palpebral | <input type="checkbox"/> M. Inferiores | <input type="checkbox"/> Anasarca | |

- | | | | | | |
|--------------|--|-------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| Neuro | <input checked="" type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Sonolência | <input type="checkbox"/> Obnubilação | <input type="checkbox"/> Agitação | <input type="checkbox"/> Coma |
|--------------|--|-------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4 <input type="checkbox"/> voz 3 <input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input checked="" 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	<input checked="" 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"/> Espontâneo | <input type="checkbox"/> Provocado | <input type="checkbox"/> Metrorragia |
| | <input type="checkbox"/> Parto A Termo | <input type="checkbox"/> Parto Pré - Termo | <input type="checkbox"/> Parto Pós - Termo | |

TRAUMA	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
	Escoriação									
Cont										
Ferim										
Luxa										
Frat										
Lace										
Secç										

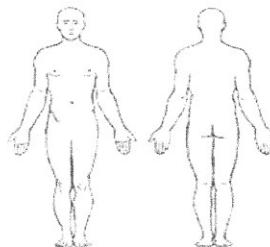
controle de O2

Consumo de O2	150	140	130	120	110
	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

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 123297	km 123277	km 123296	km 123315	km 123346	
Hora 10:15	Hora 11:13 11:38	Hora 11:53 11:03	Hora 14:20 14:44	Hora 15:26	
	Visto Thais Moreira da Souza Enfermeira COREN-SP 530.335	Visto Rapunzel	Visto Thais Moreira da Souza Enfermeira COREN-SP 530.335		
Tipos de exames					
<input type="checkbox"/> CATE <input type="checkbox"/> TOMO <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> TQT /TQM <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> RMN <input type="checkbox"/> CPRS <input type="checkbox"/> T. C. HIPER.					
Outros:					
Sinais Vitais e Parâmetros Evolutivos e Conduta / Horário					
HORA					
PA					
FC					
FR					
GLASGOW					
TEMP					
Sat O2					
Hgt					
Observações Médicas / Enfermeiros					
<p><i>Saída de Hospitalizada (Mais uma)</i></p> <p><i>Sem qualquer intercorrência</i></p> <p><i>Levado para Residência</i></p> <p><i>✓</i></p> <p><i>27/05/2022</i></p>					
CONSENTIMENTO PARA TRANSPORTE PACIENTE EM AMBULÂNCIA.					
<p>Declaro que fui orientado pelos médicos verbalmente sobre o quadro clínico do paciente.</p> <p>Estou ciente e orientado do quadro clínico do paciente para transporte e dos riscos envolvidos no transporte, podendo o paciente apresentar quadro clínico de instabilidade durante o percurso.</p> <p>Estou ciente das intervenções necessárias da equipe médica para a segurança do transporte, e dos eventuais riscos que envolvam a viagem que será realizada</p>					
Nome			assinatura		
RG/CPF					
Médico Responsável		Enfermagem Responsável		Condutor Socorrista	
Data		Data		Data	
<i>27/05/2022</i>		<i>27/05/2022</i>		<i>27/05/22</i>	