



REALVIDAS
REMOÇÃO E EMERGÊNCIAS 24h

Ficha de Acompanhamento

OS

<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA	<input 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 MEDSPCVA Solicitante Luis Data 03.05.72

Origem: X Contato: X

Nome: Angelica Alves da Silva Idade 51 Contato: I

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO _____ Nº CARTEIRINHA _____

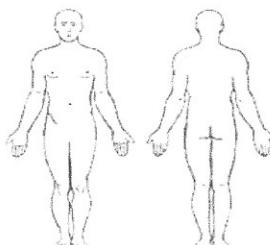
Principais	<input type="checkbox"/> Dificuldades respiratórias	<input checked="" type="checkbox"/> Dores	<input type="checkbox"/> Tonturas		
Queixas	<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Nauséa	<input type="checkbox"/> Vomitos		
Vias Aéreas	<input type="checkbox"/> Alergia	<input type="checkbox"/> Obstrução Parcial	<input type="checkbox"/> Obstrução Total		
	<input type="checkbox"/> Vias Livres	<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 checked="" type="checkbox"/> Auscultação Normal	<input 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 checked="" type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Fino
	<input type="checkbox"/> Parada cardíaco Respiratória	<input type="checkbox"/> Palidez	<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Quente	<input type="checkbox"/> Fria
	<input type="checkbox"/> Pele Normal	<input type="checkbox"/> Úmida	<input type="checkbox"/> Dor Torácica Típica	<input type="checkbox"/> Atípica	
	<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Pressão Arterial Hipertensão	<input type="checkbox"/> Séptico	<input type="checkbox"/> Anafilático	<input type="checkbox"/> Cardiog
	<input type="checkbox"/> Pressão Arterial Hipotensão	<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 checked="" type="checkbox"/> Orientada 5	<input checked="" type="checkbox"/> Obdece comandos 6
<input type="checkbox"/> voz 3	<input type="checkbox"/> Confusa 4	<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5
<input type="checkbox"/> A dor 2	<input type="checkbox"/> Palavras Improprias 3	<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Palavras Incompreensões 2	<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3
	<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<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						QUEIMADURAS	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie
Consumo de O2	150	140	130	120	110		I								
	100	90	80	70	60		II								
	50	40	30	20	10		III								
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 122541	km 122544	km 122549	km 122551	km
Hora 15:40 16:11	Hora 16:25 17:23	Hora 17:30 17:47	Hora 18:00	Hora
	Visto <i>Thais Moreira de Souza Enfermeira COREN-SP 539.385</i>	Visto <i>Aline Suraty Biomédica CBBA 20899</i>	Visto <i>Thais Moreira de Souza Enfermeira COREN-SP 539.385</i>	

Tipos de exames

CATE TOMO GTT TQT/TQM US RX RMN CPRS T. C. HIPER.

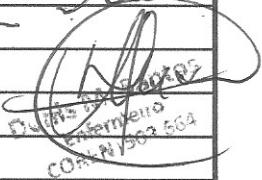
Outros:

Sinais Vitais e Parâmetros Evolutivos e Conduta / Horário

HORA							
PA							
FC							
FR							
GLASGOW							
TEMP							
Sat O2							
Hgt							

Observações Médicas / Enfermeiros

Realizado Remocão do paciente para clínica plani, porém paciente não realizou o exame direto febre



CONSENTIMENTO PARA TRANSPORTE PACIENTE EM AMBULÂNCIA.

Declaro que fui orientado pelos médicos verbalmente sobre o quadro clínico do paciente.

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.

Estou ciente das intervenções necessárias da equipe médica para a segurança do transporte, e dos eventuais riscos que envolvam a viagem que será realizada

Nome *Wathalia Souza da Silva*
RG/CPF *428.299.598.09*

assinatura *Wathalia Souza da Silva*

Médico Responsável
Data _____

Enfermagem Responsável
<i>Wathalia Souza da Silva</i>
Data <i>03/05/22</i>

Condutor Socorrista
Data _____