



**REALVIDAS**  
RESCUE & EMERGENCY MEDICAL

# 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 type="checkbox"/> EXAMES | <input type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR | <input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR | <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO |                                   |                                  |                                     |                              |

EMPRESA SILVAGEM

Solicitante SOAJ Azevedo

Data 17-08-20

Origem: Pindaré

X

Ourém

X Taubaté

Nome: Luiz Antônio Fidélis

Idade

Contato:

Sexo

Masculino

Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

<b>Principais</b>	<input type="checkbox"/> Dificuldades respiratórias	<input checked="" type="checkbox"/> Dores	<input type="checkbox"/> Tonturas
<b>Queixas</b>	<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Nausea	<input type="checkbox"/> Vomitos
<b>Vias Aéreas</b>	<input type="checkbox"/> Alergia	<input type="checkbox"/> Obstrução Parcial	<input type="checkbox"/> Obstrução Total
	<input checked="" type="checkbox"/> Vias Livres	<input type="checkbox"/> Broncoaspiração	<input type="checkbox"/> Edema de Glote
	<input checked="" type="checkbox"/> Corpo estanho		
<b>Respiração</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Insufic. Resp. Aguda	<input type="checkbox"/> Parada Ventilatória
	<input type="checkbox"/> Assistida	<input type="checkbox"/> Controlada	<input type="checkbox"/> Ritmo Irregular
	<input type="checkbox"/> Auscultação Normal	<input type="checkbox"/> Sibilos	<input type="checkbox"/> Roncos
	<input type="checkbox"/> Diminuição MV	<input type="checkbox"/> à D	<input type="checkbox"/> E
	<input type="checkbox"/> Expansibilidade Normal	<input type="checkbox"/> Superficial	<input type="checkbox"/> Ausência MV
	<input type="checkbox"/> Enfisema sub-cutâneo	<input type="checkbox"/> Hemoptise	<input type="checkbox"/> Regular
<b>Circulação</b>	<input type="checkbox"/> Pulso Regular	<input type="checkbox"/> Irregular	<input type="checkbox"/> Ausente
	<input type="checkbox"/> Parada cardíaco Respiratória	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Fino
	<input type="checkbox"/> Pele Normal	<input type="checkbox"/> Palidez	<input type="checkbox"/> Cianose
	<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Úmida	<input type="checkbox"/> Quente
	<input type="checkbox"/> Pressão Arterial Hipotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Pressão Arterial Hipertensão	<input type="checkbox"/> Fria
	<input type="checkbox"/> Choque Hipovolêmico	<input type="checkbox"/> Séptico	<input type="checkbox"/> Anafilático
	<input type="checkbox"/> Edema Ausente	<input type="checkbox"/> Palpebral	<input type="checkbox"/> Cardiog
		<input type="checkbox"/> M. Inferiores	<input type="checkbox"/> Anasarca

**Neuro**  Normal  Sonolência  Obnubilação  Agitação  Coma

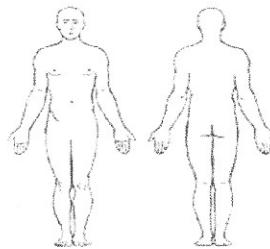
<b>Abertura ocular</b>	<b>Resposta Verbal</b>	<b>Resposta Motora</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4 <input type="checkbox"/> voz 3 <input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5 <input type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Palavras Improprias 3 <input type="checkbox"/> Palavras Incompreensas 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input checked="" type="checkbox"/> Obdece comandos 6 <input type="checkbox"/> Localiza Dor 5 <input type="checkbox"/> Movimentos de retardada 4 <input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3 <input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1

**Gineco**  Abortamento Ameaça  Espontâneo  Provocado  Metrorragia  
 Parto A Termo  Parto Pré - Termo  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	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										



## Controle de Itinerários

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
127282	127314	127903		
Hora	Hora	Hora	Hora	Hora
08:30	5:15 5:30	6:30 6:50		
Visto	Visto Luis Fernando L. L. dos Santos COREN-SP 000360483-ENV	Leandro Moises da Costa Enfermeiro	Visto	
		CCDEN SP 004-15		

### 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

Paciente Acomodado em leito de Emergência troponina (+), angina instante, no momento na dica de seu queixas algícas, realizando respiração sem interrupções.

### 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

assinatura

RG/CPF

Médico Responsável

Data

Enfermagem Responsável

Data

Condutor Socorrista

Data