



**REALVIDAS**  
RESCUOS E EMERGÊNCIAS 24h

# Ficha de Acompanhamento

<input type="checkbox"/> BÁSICA	<input type="checkbox"/> UTI ADULTO	<input type="checkbox"/> UTI INFANTIL	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR		<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO		

EMPRESA PROF. São Bento, Salvador Minas Solicitante

Data 16.10.21

Origem:

X

X

Nome: SOPHIA EMANUELY OLIVEIRA S. Idade 24 Contato:

Sexo

Masculino

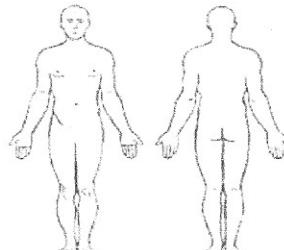
Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Principais Queixas	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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"/> 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 cardíio 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 Toráciaca Típica <input type="checkbox"/> Anafilatico <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 Incompreencias 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	10:30														
PA															
FC															
FR	112														
GLASGOW															
TEMP															
Sat O2	99														
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	km	km	km	km
113578.	113636.	113672.	113680	
Hora	Hora	Hora	Hora	Hora
17:50	18:50 19:20.	20:10 21:41	22:10	
Visto	Visto	Visto	Visto	

### Tipos de exames

CATE     TOMO     GTT     TQT /TQM     US     RX     RMN

Outros:

### Observações Médicas / Enfermeiros

19:20 Relatório Acollimento de menor de 2 meses  
 com quadro de hidratação, plaqe sepeia, e fono  
 de respiro pulmonar e estertores. O menor exibe  
 fator HRVP UTI infantil. O menor está vel  
 (kinesiologia) com boa sáfura (97%).  
 em fato de pr2 continente ST/PR F.C 112 bpm.  
 Nós deixo o menor intubado no PA infantil aos  
 cuidados da enfermeira responsável por HRVP. Sem m/  
 e consultas.

Dr. Henrique A. C. Souza  
 Esp. Dermatologista  
 COREN-SP 517165

Informo o caso de pediatra de plantão

Faço seu estudo

Dra. Liliana Pozzi  
 Médica  
 CRM 48437

Médico Responsável

Dra. Liliana Pozzi  
 Médica  
 CRM 48437

Enfermagem Responsável

Dr. Henrique A. C. Souza  
 Esp. Dermatologista  
 COREN-SP 517165

Condutor Socorrista

Data