

# Ficha de Acompanhamento

os

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

EMPRESA geus sony Solicitante ZARA Data 19.01.22.

Origem: S.CASA GUARDA x Perimetra Guara x

Nome: HUGO D' MECLO BONNINI JR. Idade 76 Contato: I

Sexo  Masculino  Feminino

SUS / CONVENIO NF- Nº CARTEIRINHA NF

Principais  Dificuldades respiratórias  Dores  Tonturas

Queixas  Febre  Nausea  Vomitos

Vias Aéreas  Alergia  Obstrução Parcial  Obstrução Total  
 Vias Livres  Broncoaspiração  Edema de Gote

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

Neuro  Normal  Sonolência  Obrubilidade  Agitação  Coma

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input type="checkbox"/> Espontânea 4	<input type="checkbox"/> Orientada 5	<input 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 Incompreensias 2	<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3
	<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2
		<input type="checkbox"/> Nenhuma 1

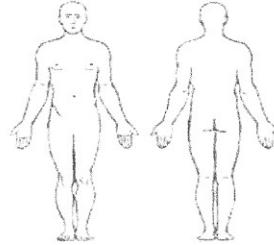
Gineco  Abortamento Ameaça  Espontâneo  Provocado  Metrorragia  
 Parto A Termo  Parto Pré - Termo  Parto Pós - Termo

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										

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 57082.	km 57132.	km 57136.	km 57186.	km
Hora 11:10	Hora 12:00. 12:25.	Hora 12:35 12:45..	Hora	Hora
	Visto	Visto	Visto	

### 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	12:10						
PA	130x60						
FC	60						
FR							
GLASGOW							
TEMP							
Sat O2	96.						
Hgt							

### Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente em ambiente consciente e comunicativa com uso de máscara.

### 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	
<b>Médico Responsável</b>	
<b>Enfermagem Responsável</b>	
<b>Condutor Socorrista</b>	
Data _____	Data _____
<b>Assinatura</b>	