



REALVIDAS
RESCUAMENTO E EMERGÊNCIA 24h

Ficha de Acompanhamento

<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"/> TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR		<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO			

EMPRESA *HOSI / 10 Sul HO*Solicitante *Cris*Data *20/11/21*Origem: *Hospital 10 Sul HO*x *Bruno Barilo*x *Hospital 10 Sul HO*Nome: *Bento Alvarango*Idade *65*Contato: *1*

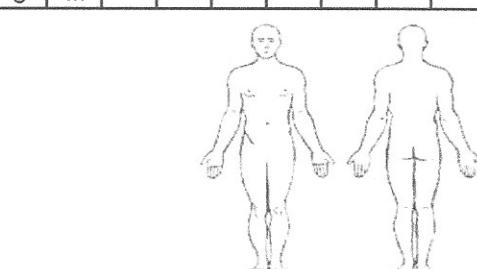
Sexo

 Masculino Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Principais Queixas	<input type="checkbox"/> Dificuldades respiratórias	<input type="checkbox"/> Dores	<input type="checkbox"/> Tonturas												
	<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"/> 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"/> Crepitantes											
	<input type="checkbox"/> Ausculta Normal	<input type="checkbox"/> Sibilos	<input type="checkbox"/> Roncos	<input type="checkbox"/> à D											
	<input type="checkbox"/> Diminuição MV	<input type="checkbox"/> à D	<input type="checkbox"/> Ausência MV	<input type="checkbox"/> E											
	<input type="checkbox"/> Expansibilidade Normal	<input type="checkbox"/> Superficial	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Irregular											
	<input type="checkbox"/> Enfisema sub-cutâneo	<input type="checkbox"/> Hemoptise													
Circulação	<input checked="" type="checkbox"/> Pulso Regular	<input type="checkbox"/> Irregular	<input type="checkbox"/> Ausente	<input 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 Hipotensão	<input type="checkbox"/> Séptico	<input type="checkbox"/> Anafilático	<input type="checkbox"/> Cardiog										
	<input type="checkbox"/> Pressão Arterial Hipertensão	<input type="checkbox"/> Palpebral	<input type="checkbox"/> M. Inferiores	<input type="checkbox"/> Anasarca											
	<input type="checkbox"/> Choque Hipovolêmico														
	<input type="checkbox"/> Edema Ausente														
Neuro	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Sonolência	<input type="checkbox"/> Obnubilação	<input type="checkbox"/> Agitação	<input type="checkbox"/> Coma										
Abertura ocular	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4	Resposta Verbal		Resposta Motora											
	<input type="checkbox"/> voz 3	<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5		<input checked="" type="checkbox"/> Obdece comandos 6											
	<input type="checkbox"/> A dor 2	<input type="checkbox"/> Confusa 4		<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5											
	<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Palavras Improprias 3		<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4											
		<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	<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														
Sinais Vitais e Parâmetros Evolutivos Evolução e Conduta / Horário						QUEIMADURAS	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie
HORA															
PA															
FC															
FR															
GLASGOW															
TEMP															
Sat O2															
Hgt															
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
114193	114195	114214	114238	
Hora	Hora	Hora	Hora	Hora
	10:00 10:15	10:35 13:25	13:48 14:00	
Visto	Amanda Neves Ceri CORON/SP/543229-ENF	Visto Tatiana T/S Ruiz RG: 27.025.470-5	Visto Amanda Neves Ceri CORON/SP/543229-ENF	

Tipos de exames

CATE TOMO GTT TQT /TQM US RX RMN

Outros:

Observações Médicas / Enfermeiros

10:15h - Transferido cliente para Moco e encaminhado ao embarque do Viaturo com destino a Hiperbarico sem intercorrência, até o momento

11:30h - Entregue cliente a equipe do Hiperbarico sem ocorrência

13:25h - Entregue aos cuidados da equipe do Unicuritiba, transferido para Moco e embarcado no Viaturo sem intercorrências

13:55h - Entregue a equipe de Enfermagem sem intercorrência

Médico Responsável

Data _____/_____/_____

Enfermagem Responsável

Data 22/11/21

Condutor Socorrista

Eugenio