



Ficha de Acompanhamento

| | | | | | | | |
|---------------------------------|--|--|-------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|
| <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 Pref. Roscais Solicitante THAIS Data 10/10/21

Origem: Copacabana x Hospital Regional Trilobato Copacabana

Nome: João Oliveira Idade _____ Contato: _____

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO _____ Nº CARTEIRINHA _____

| | | | | | |
|-------------|--|---|--|--|-------------------------------|
| Principais | <input checked="" type="checkbox"/> Dificuldades respiratórias | <input type="checkbox"/> Dores | <input type="checkbox"/> Tonturas | | |
| Queixas | <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 type="checkbox"/> Vias Livres | <input type="checkbox"/> Broncoaspiração | <input type="checkbox"/> Edema de Glote | | |
| | <input type="checkbox"/> Corpo estanho | | | | |
| Respiração | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Insufic. Resp. Aguda | <input type="checkbox"/> Parada Ventilatória | <input type="checkbox"/> Ventil Espontânea | |
| | <input checked="" 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 | <input type="checkbox"/> Pulso Regular | <input checked="" type="checkbox"/> Irregular | <input type="checkbox"/> Ausente | <input type="checkbox"/> Cheio | <input type="checkbox"/> Fino |
| | <input type="checkbox"/> Parada cardíaco Respiratória | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Pele Normal | <input type="checkbox"/> Palidez | <input type="checkbox"/> Cianose | <input type="checkbox"/> Quente | <input type="checkbox"/> Fria |
| | <input type="checkbox"/> Seca | <input type="checkbox"/> Úmida | <input type="checkbox"/> Dor Torácica Típica | <input type="checkbox"/> Atípica | |
| | <input type="checkbox"/> Pressão Arterial Hipotensão | <input type="checkbox"/> Pressão Arterial Hipertensão | | | |
| | <input type="checkbox"/> Choque Hipovolêmico | <input type="checkbox"/> Séptico | <input type="checkbox"/> Anafilático | <input type="checkbox"/> Cardiog | |
| | <input type="checkbox"/> Edema Ausente | <input type="checkbox"/> Palpebral | <input type="checkbox"/> M. Inferiores | <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 |

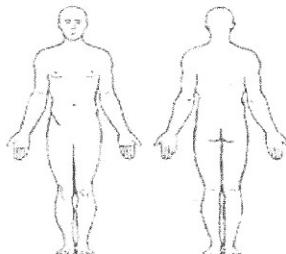
| | | |
|--|---|---|
| Abertura ocular | Resposta Verbal | Resposta Motora |
| <input type="checkbox"/> Espontânea 4 <input type="checkbox"/> voz 3 <input type="checkbox"/> A dor 2 <input checked="" type="checkbox"/> Nenhuma 1 | <input type="checkbox"/> Orientada 5 <input type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Palavras Improprias 3 <input type="checkbox"/> Palavras Incompreensias 2 <input checked="" type="checkbox"/> Nenhuma 1 | <input type="checkbox"/> Obdece comandos 6 <input type="checkbox"/> Localiza Dor 5 <input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4 <input checked="" 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 |
|--------|---|---|--|--------------------------------------|

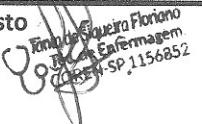
| TRAUMA | Descrição | Crâ | Face | Col | Tór | Bac | Msd | Mse | Mid | Mie |
|--------|------------|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | Escoriação | | | | | | | | | |
| | Cont | | | | | | | | | |
| | Ferim | | | | | | | | | |
| | Luxa | | | | | | | | | |
| | Frat | | | | | | | | | |
| | Lace | | | | | | | | | |
| Secç | | | | | | | | | | |

| Sinais Vitais e Parâmetros Evolutivos | | | | | | QUIMADURAS | Cab | Pesc | T Ant | Tpos | Perín | Msd | Mse | Mid | Mie |
|---------------------------------------|--------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|------|-------|------|-------|-----|-----|-----|-----|
| Evolução e Conduta / Horário | | | | | | | I | | | | | | | | |
| | | | | | | | II | | | | | | | | |
| HORA | 19:00. | | | | | | | | | | | | | | |
| PA | 90x50 | | | | | | | | | | | | | | |
| FC | 120. | | | | | | | | | | | | | | |
| FR | | | | | | | | | | | | | | | |
| GLASGOW | 03. | | | | | | | | | | | | | | |
| TEMP | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sat O2 | 98 | | | | | | | | | | | | | | |
| Hgt | | | | | | | | | | | | | | | |
| Consumo de O2 | 150 | 140 | 130 | 120 | 110 | | | | | | | | | | |
| | 100 | 90 | 80 | 70 | 60 | | | | | | | | | | |
| | 50 | 40 | 30 | 20 | 10 | | | | | | | | | | |

| Cab | Pesc | T Ant | Tpos | Perín | Msd | Mse | Mid | Mie |
|-----|------|-------|------|-------|-----|-----|-----|-----|
| I | | | | | | | | |
| II | | | | | | | | |
| III | | | | | | | | |



Controle de Itinerários

| Saída Base | Chegada / Destino | Saída / Destino | Chegada / Destino | Chegada Base |
|--|--|------------------------|------------------------|---------------|
| km 112811 | km 112842 | km 112883 | km 112938 | km 112971 |
| Hora 18:30. | Hora 18:55 19:20 | Hora 19:50 20:20 | Hora 20:55 21:05 | Hora 21:31 |
| Visto  | Fone de Siqueira Floriano 2000-0000 CREFM-SP-1156852 | Visto | Visto | |

Tipos de exames

CATE TOMO GTT TQT /TQM US RX RMN

Outros:

Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente idoso acomodado coquelico cf SITE
Tone produzido
S cossano 12

PA - 90x50 FC = 120 bpm SPO₂ = 92% O₂ sob
máscara cf my.
SEM INTERCONEXÕES

Médico Responsável
Dr. M. H. A. POZZI
Medico
CRF-SP-48.461

Data _____

Enfermagem Responsável
Reinaldo Henrique Leite Monteiro
Enfermeiro
Data 10/10/21

Condutor Socorrista

Data _____