



## Ficha de Acompanhamento

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

EMPRESA SAÚDE PADRONIZADA Solicitante MAYARA Data 27.08.21

Origem: CAMPOR SOROCABA X Nosp 10 julho X CAMPOR SOROCABA.

Nome: MAYARA AP, Ramon da Silva Idade 22 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 Gote	
	<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 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 checked="" 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"/> Regular	<input checked="" type="checkbox"/> E
	<input type="checkbox"/> Enfisema sub-cutâneo	<input type="checkbox"/> Hemoptise		<input type="checkbox"/> Irregular
Circulação	<input checked="" type="checkbox"/> Pulso Regular	<input type="checkbox"/> Irregular	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Cheio
	<input type="checkbox"/> Parada cardíaco Respiratória			<input type="checkbox"/> Fino
	<input type="checkbox"/> Pele Normal	<input checked="" type="checkbox"/> Palidez	<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Quente
	<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Úmida	<input type="checkbox"/> Dor Torácica Típica	<input type="checkbox"/> Fria
	<input checked="" type="checkbox"/> Pressão Arterial Hipotensão	<input type="checkbox"/> Pressão Arterial Hipertensão		<input type="checkbox"/> Atípica
	<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

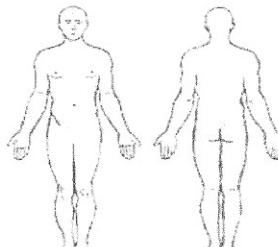
Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4 <input type="checkbox"/> voz 3 <input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Orientada 5 <input type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Palavras Improprias 3 <input type="checkbox"/> Palavras Incompreensas 2 <input checked="" type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Obdece comandos 6 <input checked="" 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										

HORA	Sinais Vitais e Parâmetros Evolutivos					QUEIMADURAS	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie
	PA	90x60													
	FC	84													
FR	20														
GLASGOW	10														
TEMP	36.3														
Sat O2	97%														
Hgt															
Consumo de O2	150	140	130	120	110										
	100	90	80	70	60										
	50	40	30	20	10										

I						
II						
III						



## Controle de Itinerários

Saída Base	Chegada / Destino	Saída / Destino	Chegada / Destino	Chegada Base
km 109859.	km 109902	km 109954	km 109999.	km 110046
Hora 04/10	Hora 05:15 05:55	Hora 06:50 08:05	Hora 09:20 09:30	Hora 10:38

### Tipos de exames

CATE     TOMO     TQT/TQM     US     RX     RMN

Outros:

### Observações Médicas / Enfermeiros

05:55hs: Recebo cliente para remoção com Traqueostomia, com fluxo de O2 1L/min sat 97%, SSpv: Pa 90x60, fc 84, FR 20, exame fixo: ZCR 37BVF, mvt comceptações bilaterais DUE, mantém SVS com retorno livre amontoado escuro, gastronêmis flácido E, transporte Tranquilo sente entorpecida, cliente mantendo parâmetros respiratórios iguais ao acima referido.

08:05hs: Recebo cliente instável, BEG, após tixa de traqueostomia em hospital 10 de julho, mantendo os parâmetros respiratórios, remoção realizado com sucesso, houve demora para liberação do cliente da hospital devido a falha no fio de energia do BPPA da cliente, acionado fisioterapeuta da instituição para reconfigurar os parâmetros do aparelho.

Médico Responsável

Data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Técnico Responsável

Danielle de Souza Oliveira  
Enfermeira  
CORFAL-SP 577.520

Data 27/08/21

Condutor Socorrista

Data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_