



**REALVIDAS**  
REMOÇÕES E EMERGÊNCIAS 24H

## Ficha de Acompanhamento

os

- |  |   |                                       |  |                                   |                                  |                                     |                              |
|--|---|---------------------------------------|--|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|
| <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

Hospital São João

Solicitante

Data 23/03/22

Origem:

Início de julho x Superarica

x 10 de julho

Nome:

André G. de Mello

Idade

Contato:

Sexo

 Masculino Feminino

SUS / CONVENIO

Unimed NACIONAL

Nº CARTEIRINHA

086500015665008

## Principais

 Dificuldades respiratórias Dor Tonturas

## Queixas

 Febre Nausea Vomitos

## Vias Aéreas

 Alergia Obstrução Parcial Obstrução Total Vias Livres Corpo estanho Broncoaspiração Edema de Glote

## Respiração

 Normal Insufic. Resp. Aguda Parada Ventilatória Ventil Espontânea Assistida Controlada Ritmo Irregular Auscultação Normal Sibilos Roncos Crepitantes Diminuição MV à D E Expansibilidade Normal Superficial Regular à D Enfisema sub-cutâneo Hemoptise E Pulso Regular Irregular Ausente Cheio Fino Parada cardíaco Respiratória Palidez Cianose Quente Fria Pele Normal Úmida Dor Torácica Típica Atípica Seca Pressão Arterial Hipertensão Cardiog Pressão Arterial Hipotensão Séptico Anafilático Anasarca Choque Hipovolêmico Palpebral M. Inferiores Anasarca Edema Ausente

## Neuro

 Normal Sonolência Obnubilação Agitação Coma

## Abertura ocular

- Espontânea 4
- voz 3
- A dor 2
- Nenhuma 1

## Resposta Verbal

- Orientada 5
- Confusa 4
- Palavras Improprias 3
- Palavras Incompreensas 2
- Nenhuma 1

## Resposta Motora

- Obdece comandos 6
- Localiza Dor 5
- Movimentos de retardia 4
- Flexão Anormal 3
- Extensão Anormal 2
- 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

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

## QUEIMADURAS

Cab

Pesc

T Ant

Tpos

Perín

Msd

Mse

Mid

Mie

I

II

III

## Consumo de O2

150

140

130

120

110

100

90

80

70

60

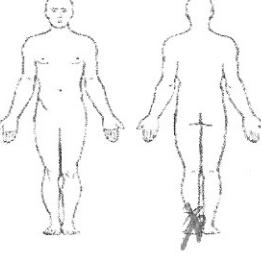
50

40

30

20

10



## Controle de Itinerários

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 116 823	km 116 824 Pinha	km 116 893 Taubaté	km 116 864 Pinha	km 116 866
Hora 8:00	Hora 8:15	Hora 8:35	Hora 11:25	Hora 11:40
Visto	Visto Pâmela C. S. Fogliene Enfermeira Core/SP 310872	Visto	Visto	Visto GREN-SP: 598.351-ENF de Almeida M. Maria Helena Quintanilha

### 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	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
	130/70						
	82						
	98						
	15						
	36.1						
	99						
	DA 140						

### Observações Médicas / Enfermeiros

Realizadas reuniões sem intercorrências.

508664

### 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	

Médico Responsável

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

Enfermagem Responsável

Data 23/03/2022

Condutor Socorrista

Data 23/03/2022