

**REALVIDAS**
REMOÇÕES E EMERGÊNCIAS 24h**Ficha de Acompanhamento**

OS

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

EMPRESA HOSP. UNIMED. 105 Sulho Solicitante CRIS Data 01.04.22.Origem: 10 Sulho X histerbarica X 105 SulhoNome: André Queiroz de Mello Idade Contato:

Sexo

☒ Masculino☐ Feminino

SUS / CONVENIO

UNIMED. NACIONAL

Nº CARTEIRINHA

086500015665008**Principais**☐ Dificuldades respiratórias☒ Dores☐ Tonturas**Queixas**☐ Febre☐ Nausea☐ Vômitos**Vias Aéreas**☐ Alergia☐ Obstrução Parcial☐ Obstrução Total☐ Vias Livres☐ Corpo estanho☐ Broncoaspiração☐ Edema de Glote**Respiração**☒ Normal☐ Assistida☐ Ausculta Normal☐ Diminuição MV☐ Expansibilidade Normal☐ Enfisema sub-cutâneo☐ Insufic. Resp. Aguda☐ Controlada☐ Sibilos☐ à D☐ Superficial☐ Hemoptise☐ Parada Ventilatória☐ Ritmo Irregular☐ Roncos☐ Ausência MV☐ Regular☐ Ventil Espontânea☐ Crepitanes☐ à D☐ Irregular**Circulação**☒ Pulso Regular☐ Parada cardíaca Respiratória☐ Pele Normal☐ Seca☐ Pressão Arterial Hipotensão☐ Choque Hipovolêmico☐ Edema Ausente☐ Irregular☐ Ausente☐ Cheio☒ Fino☐ Palidez☐ Cianose☐ Quente☐ Fria☒ Úmida☐ Dor Torácica Típica☐ Atípica☐ Pressão Arterial Hipertensão☐ Séptico☐ Anafilático☐ Cardíaco☐ Palpebral☐ M. Inferiores☐ Anasarca**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 Incompreensões 2☐ Nenhuma 1**Resposta Motora**☒ Obedece comandos 6☐ Localiza Dor 5☐ Movimentos de retardia 4☐ Flexão Anormal 3☐ Extensão Anormal 2☐ Nenhuma 1**Gineco**☐ Abortamento Ameaça☐ Parto A Termo☐ Espontâneo☐ Parto Pré - Termo☐ Provocado☐ Parto Pós - Termo☐ Metrorragia**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

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

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

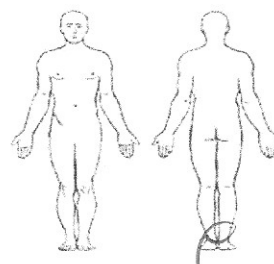
QUEIMADURAS

Cab Pesc T Ant Tpos Perín Msd Mse Mid Mie

I

II

III



Controle de Itinerários

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 112172	km 117178	km 117197	km 117218	km 117219
Hora 8:00	Hora 8:09 8:26	Hora 8:50 Pâmela C. de Aguiar Coren-SP 310672	Hora 11:55 12:05 Visto Enfermeira Coren-SP 310672	Hora 12:17 Visto Enfermeira Coren-SP 310672

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							

Observações Médicas / Enfermeiros

Remoção sem Intercorrências

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

Condutor Socorrista

Data