



**REALVIDAS**  
REMOÇÕES E EMERGÊNCIAS 24H

# Ficha de Acompanhamento

os

- |  |  |  |                                     |                                   |                                  |                                     |                              |
|--|--|--|-------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|
| <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 checked="" type="checkbox"/> EXAMES | <input type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR | <input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR | <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO |                                   |                                  |                                     |                              |

EMPRESA

MED. SALVA

Solicitante

Data 09.05.22

Origem: Santa C. Auxílio x Ambulância x Santar C. Guyan

Nome: MARIA EUGENIO DOS SANTOS SOYADA Idade 85 Contato: 1

Sexo

 Masculino Feminino

SUS / CONVENIO

UNIMED

Nº CARTEIRINHA 00060500168317019

## 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 Assistida Ausculta Normal Diminuição MV Expansibilidade Normal Enfisema sub-cutâneo Insufic. Resp. Aguda Controlada Sibilos à D E Superficial Hemoptise Parada Ventilatória Ritmo Irregular Roncos Ausência MV Regular Ventil Espontânea Crepitantes à D E Irregular

## Circulação

 Pulso Regular Parada cardíaco 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 Cardiog Palpebral M. Inferiores Anasarca

## Neuro

 Normal Sonolência Obnubilação Agitação Coma

## Abertura ocular

 voz 3 A dor 2 Nenhuma 1

## Resposta Verbal

 Orientada 5 Confusa 4 Palavras Improprias 3 Palavras Incompreensias 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 Parto A Termo Espontâneo Parto Pré - Termo Provocado Metrorragia 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

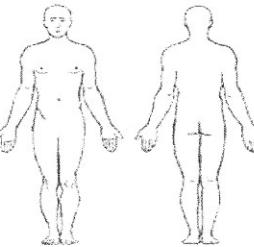
50

40

30

20

10



## Controle de Itinerários

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
122750	122851	122851	122851	122953
Hora	Hora	Hora	Hora	Hora
11:30	12:58 13:15	13:20 15:00	15:15 15:30	17:00
	Visto	Visto	Visto	
	Aquila Dias COREN-SP 06932-ENF.	Engiad Cordeiro Ondina 46-30.008-30	Aquila Dias, COREN-SP 06932-ENF.	

### 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

Paciente em Leito de UTI, REG, lafe Glas  
Gav 15, com Aceno Venoso Central e tubo de  
D, uso de SUD, realizados procedimentos segun  
dut de conveniencias

DATA: 2021-05-15  
ENFERMEIRO: LIMA  
COREN: 502 66

### 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		
<b>Médico Responsável</b> 	<b>Enfermagem Responsável</b> 	<b>Condutor Socorrista</b> 
Data 1/1	Data 09/05/22	Data 09/05/22