



**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 HOSP. JOÃO HONORATO Solicitante WELLINGTON, Data 05.04.22  
 Origem: HOSP. JOÃO HONORATO x C. PLANEJAMENTO x H. JOÃO HONORATO.

Nome: SEBASTIÃO COPELES MARQUES - Idade \_\_\_\_\_ Contato: I  
 Sexo  Masculino  Feminino

SUS / CONVENIO UNIMED SOC. Nº CARTEIRINHA 000410720200012

- |                   |   |                                 |                                   |
|-------------------|---|---------------------------------|-----------------------------------|
| <b>Principais</b> | <input type="checkbox"/> Dificuldades respiratórias | <input type="checkbox"/> Dores  | <input type="checkbox"/> Tonturas |
| <b>Queixas</b>    | <input type="checkbox"/> Febre                      | <input type="checkbox"/> Nausea | <input type="checkbox"/> Vomitos  |

- |                    |   |  |  |
|--------------------|---|--|--|
| <b>Vias Aéreas</b> | <input type="checkbox"/> Alergia                | <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial | <input type="checkbox"/> Obstrução Total |
|                    | <input checked="" type="checkbox"/> Vias Livres |  |  |
|                    | <input type="checkbox"/> Corpo estanho          | <input type="checkbox"/> Broncoaspiração   | <input type="checkbox"/> Edema de Glote  |

- |                   |   |   |  |  |
|-------------------|---|---|--|--|
| <b>Respiração</b> | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Auscultação 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 checked="" type="checkbox"/> Expanabilidade 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         |

- |                   |   |   |  |                                   |  |
|-------------------|---|---|--|-----------------------------------|--|
| <b>Circulação</b> | <input checked="" type="checkbox"/> Pulso Regular     | <input type="checkbox"/> Irregular                    | <input type="checkbox"/> Ausente             | <input type="checkbox"/> Cheio    | <input checked="" type="checkbox"/> Fino |
|                   | <input type="checkbox"/> Parada cardíaco Respiratória |   |  |                                   |  |
|                   | <input checked="" 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 |  |

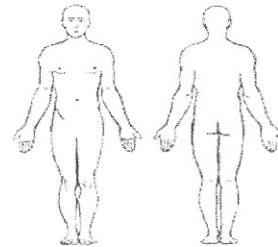
- |              |                                 |                                     |                                      |                                   |                               |
|--------------|---------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| <b>Neuro</b> | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Sonolência | <input type="checkbox"/> Obnubilação | <input type="checkbox"/> Agitação | <input type="checkbox"/> Coma |
|--------------|---------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|

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

<b>Gineco</b>	<input type="checkbox"/> Abortamento Ameaça	<input type="checkbox"/> Espontâneo	<input type="checkbox"/> Provocado	<input type="checkbox"/> Metorrágia
	<input type="checkbox"/> Parto A Termo	<input type="checkbox"/> Parto Pré - Termo	<input type="checkbox"/> Parto Pós - Termo	

<b>TRAUMA</b>	<b>Descrição</b>	<b>Crâ</b>	<b>Face</b>	<b>Col</b>	<b>Tór</b>	<b>Bac</b>	<b>Msd</b>	<b>Mse</b>	<b>Mid</b>	<b>Mie</b>
	<b>Escoriação</b>									
Cont										
Ferim										
Luxa										
Frat										
Lace										
Secç										

<b>controle de O2</b>						<b>QUEIMADURAS</b>								
<b>Consumo de O2</b>	150	140	130	120	110	I	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie
	100	90	80	70	60	II								
	50	40	30	20	10	III								
<b>Consumo de O2</b>						<b>Consumo de O2</b>								
<b>Consumo de O2</b>	150	140	130	120	110	I								
	100	90	80	70	60	II								
	50	40	30	20	10	III								



## Controle de Itinerários

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 120809	km 120810	km 120814	km 120819 18	km 120820
Hora 15:30	Hora 15:40 16:03	Hora 16:16 17:30	Hora 18:00 18:10	Hora 18:20
Visto Reitoria Hospital Alfonso Endereço: Rua 432, 520 CNPJ/MF 432.520	Visto Promedgem L10	Visto Reitoria Hospital Alfonso Endereço: Rua 432, 520 CNPJ/MF 432.520		

### 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 CA de Cabeça, refere Alergia a Dipirona, realizando intomasão sem sintomas rinite.

Transporte sem intomasão.

50864

### 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 <u>Bélica Ap. F.G. Lopes Marta</u>	RG/CPF <u>11.958.596-0</u>	assinatura <u>(Assinatura)</u>
---	----------------------------	--------------------------------

Médico Responsável <u>DR. JOSÉ GONÇALVES</u>	Enfermagem Responsável <u>JOSÉ GONÇALVES</u>	Condutor Socorrista <u>JOSÉ GONÇALVES</u>
Data <u>05/04/2022</u>	Data <u>05/04/2022</u>	Data <u>05/04/2022</u>