

**REALVIDAS**
REMOÇÕES E EMERGENCIAS 24h

Ficha de Acompanhamento

☒ BÁSICA ☒ UTI ADULTO ☐ UTI INFANTIL ☐ UTI NEO ☒ UTI ÁREA ☐ PARTICULAR ☐ APH

EMPRESA PROVENTE SÔNIOZ Solicitante Data 06.02.21

DESTINO: SANTA CASA GUARÁ PARA: Reizimário Cruz Hora : 14:00

Nome: _____ Idade _____ Contato: I _____

Sexo ☒ Masculino ☐ Feminino Telefone: _____

Principais Queixas

<input type="checkbox"/> Dificuldades respiratórias	<input type="checkbox"/> Dores	<input type="checkbox"/> Tonturas
<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Nausea	<input type="checkbox"/> Vômitos

Vias Aéreas

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

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 type="checkbox"/> Crepitantes
<input type="checkbox"/> Diminuição MV	<input type="checkbox"/> à D <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> Ausência MV	<input type="checkbox"/> à D <input type="checkbox"/> E
<input type="checkbox"/> Expansibilidade Normal	<input type="checkbox"/> Superficial	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Irregular
<input type="checkbox"/> Enfisema sub-cutâneo	<input type="checkbox"/> Hemoptise		

Circulação

<input type="checkbox"/> Pulso Regular	<input type="checkbox"/> Irregular	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Fino
<input type="checkbox"/> Parada cárdio Respiratória				
<input 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	

Neuro ☐ Normal ☐ Sonolência ☐ Obnubilação ☐ Agitação ☐ Coma

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input type="checkbox"/> Espontânea 4	<input type="checkbox"/> Orientada 5	<input type="checkbox"/> Obedece comandos 6
<input type="checkbox"/> voz 3	<input type="checkbox"/> Confusa 4	<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5
<input type="checkbox"/> A dor 2	<input type="checkbox"/> Palavras Impróprias 3	<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Palavras Incompreensões 2	<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3
	<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2
		<input type="checkbox"/> Nenhuma 1

Gineco

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

Sinais Vitais e Parâmetros Evolutivos

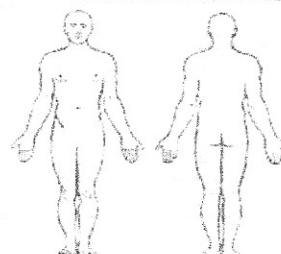
Evolução e Conduta / Horário

QUEIMADURAS

Cab Pesc T Ant Tpos Perin Msd Mse Mid Mie

HORA					
PA					
FC					
FR					
GLASGOW					
TEMP					
Sat O2					
Hgt					

I										
II										
III										



Controle de Itinerários

Saída Base	Chegada / Destino	Saída / Destino	Chegada / Destino	Chegada Base
km 096807 12	km 096891	km 096893	km 096894	km 096974
Hora 12:05	Hora 13:16 14:16	Hora 14:20 15:40	Hora 15:46 16:10	Hora 17:10

Observações Médicas

Observações Complementares

Médico Responsável

Data

Técnico Responsável

Data