



REALVIDAS
RESCUOS 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 MED SOCVA

Solicitante

JGO DE COSTA

Data

05.05.22Origem: Hos. 1º Policial Soc. x Hos. São Francisco XNome: GIOVANA SANTOS ARAUJOIdade 3 M

Contato: I

Sexo

 Masculino Feminino

SUS / CONVENIO

Sul AméricaNº CARTEIRINHA 0000810210070121

Principais

 Dificuldades respiratórias Dores Tonturas

Queixas

 Febre Nausea Vomitos

Vias Aéreas

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

Respiração

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

Circulação

 Pulso Regular Irregular Ausente Cheio Fino Parada cardíaco Respiratória Palidez Cianose Quente Fria Pele Normal Úmida Dor Torácica Típica Atípica Seca Pressão Arterial Hipertensão Séptico Cardiog Pressão Arterial Hipotensão Palpebral M. Inferiores Anasarca Choque Hipovolêmico 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 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

Consumo de O2

150

140

130

120

110

100

90

80

70

60

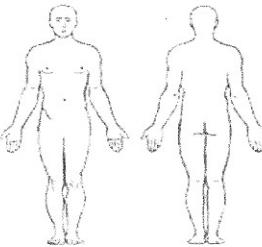
50

40

30

20

10



Controle de Itinerários

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 122580	km 122610	km 122626	km 122698	
Hora 02:35	Hora 03:05 03:45	Hora 04:05 04:25	Hora 05:42	Hora
	Visto	Visto <i>Lilas</i>	Visto	

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

lh

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	
<i>[Assinatura]</i>	
Data	/ /

Enfermagem Responsável	
Data	/ /

Condutor Socorrista	
<i>[Assinatura]</i>	
Data	/ /