



REALVIDAS
REMOÇÕES E EMERGÊNCIAS 24H

Ficha de Acompanhamento

OS

- | | | | | | | | |
|--|--|--|----------------------------------|-----------------------------------|--|-------------------------------------|------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA | <input type="checkbox"/> UTI ADULTO | <input type="checkbox"/> UTI INFANTIL | <input type="checkbox"/> UTI NEO | <input type="checkbox"/> UTI ÁREA | <input checked="" type="checkbox"/> EVENTOS | <input type="checkbox"/> PARTICULAR | <input type="checkbox"/> APH |
| <input type="checkbox"/> EXAMES | <input type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR | <input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR | | | <input checked="" type="checkbox"/> INTERNAÇÃO | | |

EMPRESA CBJ.

Solicitante

Data 17.12.21

Origem:

XXNome: colonial Plaza Hotel

Idade

Contato: I

Sexo

 Masculino Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Principais Dificuldades respiratórias Dores Tonturas**Queixas** Febre Nausea Vomitos**Vias Aéreas** Alergia Obstrução Parcial Obstrução Total Vias Livres Corpo estanho Broncoaspiração Edema de Glote**Respiração** Normal Insufic. Resp. Aguda Parada Ventilatória Ventil Espontânea Assistida Controlada Ritmo Irregular Auscultação Normal Sibilos Roncos Crepitantes Diminuição MV à D E Expansibilidade Normal Superficial Regular à D E Enfisema sub-cutâneo Hemoptise Pulso Regular Irregular Ausente Cheio Fino Parada cardíaco Respiratória Pele Normal Palidez Cianose Quente Fria Seca Úmida Dor Torácica Típica Atípica Pressão Arterial Hipotensão Pressão Arterial Hipertensão Choque Hipovolêmico Séptico Anafilático Cardiog Edema Ausente 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 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 Espontâneo Provocado Metrorragia Parto A Termo Parto Pré - Termo 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

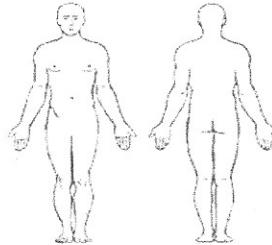
Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie
I								
II								

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 116142	km 116151	km 116154	km	
Hora 07:30	Hora 07:55 18:58	Hora 19:05	Hora	
	Visto	Visto	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

As 08:00 hs. deu inicio a. atividader CBS com feminino ar. nm interconver- cida. —————— AFBIU ——————

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 17/12/2001

Condutor Socorrista

Data _____