



REALVIDAS
PERÍGOS E EMERGÊNCIAS 24h

Ficha de Acompanhamento

OS

<input type="checkbox"/> BÁSICA	<input 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. 10 Sul Solicitante Elys Data 28.03.22

Origem: 10 de julho x Santos Dumont 530 x 10 de julho

Nome: Alexandra Marcondes Idade 66 Contato: 1

Sexo

 Masculino Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

053.0001-3149
882100-213620

Principais	<input type="checkbox"/> Dificuldades respiratórias	<input type="checkbox"/> Dores	<input type="checkbox"/> Tonturas												
Queixas	<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Nausea	<input type="checkbox"/> Vomitos												
Vias Aéreas	<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												
Respiração	<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 type="checkbox"/> Auscultia Normal	<input type="checkbox"/> Sibilos	<input type="checkbox"/> Roncos												
	<input type="checkbox"/> Diminuição MV	<input type="checkbox"/> à D	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> Ausência MV											
	<input type="checkbox"/> Expansibilidade Normal	<input type="checkbox"/> Superficial	<input type="checkbox"/> Regular												
	<input type="checkbox"/> Enfisema sub-cutâneo	<input type="checkbox"/> Hemoptise													
Circulação	<input type="checkbox"/> Púlsio Regular	<input type="checkbox"/> Irregular	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Cheio											
	<input type="checkbox"/> Parada cardíaco Respiratória			<input checked="" type="checkbox"/> Fino											
	<input type="checkbox"/> Pele Normal	<input type="checkbox"/> Palidez	<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Quente											
	<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Úmida	<input type="checkbox"/> Dor Torácica Típica	<input type="checkbox"/> Fria											
	<input type="checkbox"/> Pressão Arterial Hipotensão	<input type="checkbox"/> Pressão Arterial Hipertensão		<input type="checkbox"/> Atípica											
	<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	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Sonolência	<input type="checkbox"/> Obnubilação	<input type="checkbox"/> Agitação											
				<input type="checkbox"/> Coma											
Abertura ocular	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4	Resposta Verbal	Resposta Motora												
	<input type="checkbox"/> voz 3	<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5	<input type="checkbox"/> Obdece comandos 6												
	<input type="checkbox"/> A dor 2	<input type="checkbox"/> Confusa 4	<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5												
	<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Palavras Impropriás 3	<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4												
		<input type="checkbox"/> Palavras Incompreensias 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"/> Metrorragia											
	<input type="checkbox"/> Parto A Termo	<input type="checkbox"/> Parto Pré - Termo	<input type="checkbox"/> 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	QUEIMADURAS	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie
	100	90	80	70	60		I								
	50	40	30	20	10		II								
Consumo de O2	150	140	130	120	110	III									
	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 116975	km 116977	km 117037	km 117099	km 117096
Hora 11:30	Hora 11:30 x 11:36	Hora 12:30 16:10	Hora 16:50 17:06	Hora 17:00
Visto <i>Jacqueline Ferreira de Souza Enfermeira COREN-SP 041599</i>	Visto <i>Karina Lenzi et al. Lima Aux. Enfermagem 2009</i>	Visto <i>Nívea Maria Lima Emídio COREN-SP 1644613 - TE</i>		

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	110x60						
FC	66						
FR	18						
GLASGOW	15						
TEMP	36.5						
Sat O2	98						
Hgt							

Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente REG, Rote, Glas 15, realizado cateterismo Quinta Fund, manteve AP sem Dor no Mão (D) apesar de positivo dupla via não agulha do 523, sem intercorrências.

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 08/03/2022

Condutor Socorrista

Data 08/13/2022