



Ficha de Acompanhamento

- | | | | | | | | |
|---------------------------------|--|---------------------------------------|--|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|
| <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 type="checkbox"/> EXAMES | <input type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR | | <input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR | | <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO | | |

EMPRESA

PREF. PIAUÍ

Solicitante

Sobr. 12

Data 14/10/23

Origem:

X

X

Nome: Agostinho Lomeca

Idade 57

Contato: 1

Sexo

 Masculino Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

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"/> 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"/> 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"/> 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"/> à D											
	<input type="checkbox"/> Expansibilidade 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											
Circulação	<input checked="" type="checkbox"/> Pulso Regular	<input type="checkbox"/> Irregular	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Cheio											
	<input type="checkbox"/> Parada cardíaco Respiratória	<input type="checkbox"/> Palidez	<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Fino											
	<input type="checkbox"/> Pele Normal	<input type="checkbox"/> Úmida	<input type="checkbox"/> Dor Torácica Típica	<input type="checkbox"/> Fria											
	<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Pressão Arterial Hipertensão	<input type="checkbox"/> Séptico	<input type="checkbox"/> Atípica											
	<input type="checkbox"/> Pressão Arterial Hipotensão	<input type="checkbox"/> Palpebral	<input type="checkbox"/> Anaflítico	<input type="checkbox"/> Cardiog											
	<input type="checkbox"/> Choque Hipovolêmico	<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	Resposta Verbal			Resposta Motora											
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4	<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5	<input checked="" type="checkbox"/> Obdece comandos 6													
<input type="checkbox"/> voz 3	<input checked="" type="checkbox"/> Confusa 4	<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5													
<input type="checkbox"/> A dor 2	<input type="checkbox"/> Palavras Improprias 3	<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4													
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<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															
Sinais Vitais e Parâmetros Evolutivos Evolução e Conduta / Horário						QUEIMADURAS	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie
HORA															
PA	128x79														
FC	79														
FR	20														
GLASGOW	15														
TEMP	36.3														
Sat O2	97%														
Hgt															
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 113382	km 113467.	km 113555	km 113575.	km
Hora 05:00	Hora 06:00 06:47.	Hora 07:47 08:00	Hora 08:45.	Hora
Viajante Daniela Aparecida Machado COREN-SP-577520-ENF	Visto <i>Pierre Mendes Lacerda</i> Enfermeiro COREN-SP-306312	Visto	Visto	

Tipos de exames

CATE TOMO GTT TQT / TQM US RX RMN

Outros:

Observações Médicas / Enfermeiros

6:15hs: Recebo cliente consciente orientado e em tempo estável, com sat 98% em AA e Fc 69, BEG, glasgow 15, com ANP m SE fona cubital. as SSVV: PA 128x79/FC 70, FR 20.
 7:47 hs: Reencãos realizados com sucesso, sem intercorrência, encaminho ao setor ~~de~~ modinâmica aos cuidados da Enfermagem.

Daniela de Souza Oliveira
COREN-SP 577520-ENF

sem intercorrências

Dra. Liliana Pozzi
Médica
CRM 48437

Daniela Aparecida Machado - Partido

Daniela Aparecida Machado
Enfermeira
COREN-SP 306312

Médico Responsável

Danielle de Souza Oliveira

Data COREN-SP 577520-ENF

Enfermagem Responsável

Data ____ / ____ / ____

Condutor Socorrista

Data ____ / ____ / ____