



REALVIDAS
REMOÇÕES E EMERGÊNCIAS 24H

Ficha de Acompanhamento

BÁSICA UTI ADULTO UTI INFANTIL UTI NEO UTI ÁREA PARTICULAR APH

EMPRESA Pizz - Vinhos Solicitante _____ Data 12.06.21

DESTINO: São Paulo PARA: Hora: _____

Nome: Copa São Paulo Basquete Fem. Idade: _____ Contato: _____

Sexo: Masculino Feminino Telefone: _____

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

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"/> 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 type="checkbox"/> Pulso Regular	<input type="checkbox"/> Irregular	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Fino
	<input type="checkbox"/> Parada cardíaco 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	<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 type="checkbox"/> Espontânea 4	<input type="checkbox"/> Orientada 5		<input type="checkbox"/> Obdece 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 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"/> Parto A Termo	<input type="checkbox"/> Parto Pré - Termo	<input type="checkbox"/> Parto Pós - Termo
	<input type="checkbox"/> Metrorragia		

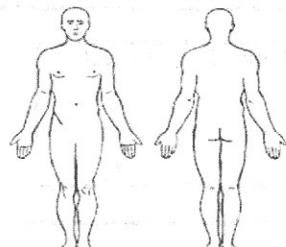
TRAUMA	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
	Escoriação									
	Cont									
	Ferim									
	Luxa									
	Frat									
	Lace									
	Secç									

Sinais Vitais e Parâmetros Evolutivos
Evolução e Conduta / Horário

HORA											
PA											
FC											
FR											
GLASGOW											
TEMP											
Sat O2											
Hgt											

Consumo de O2	150	140	130	120	110					
	100	90	80	70	60					
	50	40	30	20	10					

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



Controle de Itinerários

Saída Base	Chegada / Destino	Saída / Destino	Chegada / Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
104478	104482.	104281		
Hora 15:40	Hora 15:45. 18:00	Hora 18:15	Hora	Hora

Observações Médicas

16:00h

Observações Complementares

Iniciado jogo de vôlei de quadra. no 0 do time de vôlei relata ter sofrido uma pancada na testa; ao auscultar seu sangramentos, ou rompimentos, predominando gelo em região frontal lateral (E) onde há hematoma sem rompimento de vaso. nega outras queixas.
 - Sem intercorrências, finalizou jogo às 18:00h
 + Aliviante.

Médico Responsável

Data _____

Técnico Responsável

Engr. muelle
ceres 442100
Data _____