



REALVIDAS
RESCUOS E EMERGÊNCIAS 24h

Ficha de Acompanhamento

- BÁSICA UTI ADULTO UTI INFANTIL UTI NEO UTI ÁREA EVENTOS PARTICULAR APH
 INTERNAÇÃO ALTA HOSPITALAR TRASFERÊNCIA HOSPITALAR EXAMES

EMPRESA *Pref. Vinda*Solicitante *Andressa*Data *28/08/21*Origem: *A A - FERIADO APIAÍ* X

X

Nome: *CAMI SÃO PAULO RITUAL*

Idade _____

Contato: I _____

Sexo

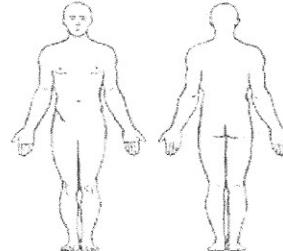
 Masculino Feminino

SUS / CONVENIO _____

Nº CARTEIRINHA _____

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"/> Regular	<input type="checkbox"/> E											
	<input type="checkbox"/> Enfisema sub-cutâneo	<input type="checkbox"/> Hemoptise		<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 cárdio 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	<input type="checkbox"/> Espontânea 4	<input type="checkbox"/> Resposta Verbal	<input type="checkbox"/> Orientada 5	<input type="checkbox"/> Resposta Motora	<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 Incompreencias 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									
HORA						Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie	
PA						I									
FC						II									
FR						III									
GLASGOW															
TEMP															
Sat O2															
Hgt															
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									



Controle de Itinerários

Saída Base	Chegada / Destino	Saída / Destino	Chegada / Destino	Chegada Base
km 110064	km 110066	km	km	km
Hora 16:45	Hora 17:00	Hora	Hora	Hora

Tipos de exames

CATE TOMO TQT /TQM US RX RMN

Outros:

Observações Médicas / Enfermeiros

17:00h - Início Campeonato de Futebol no Associação Atlética Fenômenica com vitória e Equipe imponentes para atendos queimados Olíverio Macau - 00
 18:00h - Segue sem intercorrência até o momento - 00
 19:00h - Termina no do fogo sem intercorrências até o momento

Médico Responsável

Data _____

Técnico Responsável

Reinaldo Henrique Monteiro
Técnico em Enfermagem
COREN-SP 1521280

Data _____

Condutor Socorrista

Data _____