

**REALVIDAS**  
REMOÇÕES E EMERGÊNCIAS 24h**Ficha de Acompanhamento**

OS

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

EMPRESA CASA SAUDE Solicitante NAYRA Data 11.01.22Origem: DERMOTERAPIA x CLINICA LORENA x P. CRUZEMONome: RAFAEL PIETRO DE OLIVEIRA Idade 13a Contato: 1Sexo ☒ Masculino ☐ FemininoSUS / CONVENIO UNIMED-SJC Nº CARTEIRINHA 00049507446000735

**Principais Queixas** ☐ Dificuldades respiratórias ☐ Dores ☐ Tonturas  
☐ Febre ☐ Nausea ☐ Vômitos

**Vias Aéreas** ☐ Alergia ☐ Obstrução Parcial ☐ Obstrução Total  
☐ Vias Livres ☐ Broncoaspiração ☐ Edema de Glote  
☐ Corpo estanho

**Respiração** ☒ Normal TQT ☐ Insufic. Resp. Aguda ☐ Parada Ventilatória ☐ Ventil Espontânea  
☐ Assistida ☐ Controlada ☐ Ritmo Irregular  
☐ Ausculta Normal ☐ Sibilos ☐ Roncos ☐ Crepitações  
☐ Diminuição MV ☐ à D ☐ E ☐ Ausência MV ☐ à D ☐ E  
☐ Expansibilidade Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular  
☐ Enfisema sub-cutâneo ☐ Hemoptise

**Circulação** ☒ Pulso Regular ☐ Irregular ☐ Ausente ☐ Cheio ☐ Fino  
☐ Parada cardíaca Respiratória ☐ Palidez ☐ Cianose ☐ Quente ☐ Fria  
☒ Pele Normal ☐ Úmida ☐ Dor Torácica Típica ☐ Atípica  
☐ Seca ☐ 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 Incompreensões 2  
☐ Nenhuma 1

**Resposta Motora**

☐ Obedece 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

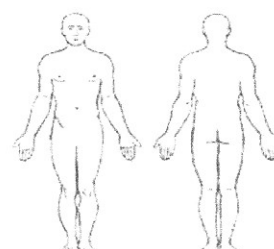
Consumo de O2	150	140	130	120	110
	100	90	80	70	60
	50	40	30	20	10

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

QUEIMADURAS

**Cab Pesc T Ant Tpos Perin Msd Mse Mid Mie**

I									
II									
III									



## Controle de Itinerários

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 115313	km 115396	km 115430 <sup>12</sup>	km 115464	km 115544
Hora 06:00	Hora 06:50 07:24	Hora 08:30 09:30	Hora 09:50 10:02	Hora 10:50
	Visto f	Visto f <i>CLINICA MEDICA Cap. Messias Ribeiro 552-1519</i>	Visto f	

### 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	10:00	09:00					
PA							
FC	92	84					
FR							
GLASGOW							
TEMP							
Sat O2	97%	98%					
Hgt							

### Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente especial em uso contínuo de DIT, menor 13 anos  
 acompanhada da mãe e cuidadora para passar em consulta  
 com ortopedista em clínica na cidade de Baurão  
 Sem intercorrências.

Maria da Penha S  
 de O. Donatillo  
 Enfermeira  
 COREN/SP 495594

### CONSENTIMENTO PARA TRANSPORTE PACIENTE EM AMBULÂNCIA.

Maria da Penha S  
 de O. Donatillo  
 Enfermeira  
 COREN/SP 495594

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

**Enfermeira Responsável**

Data

**Conducutor Socorrista**

Data