



REALVIDAS
HEMOCOES E IMERGÊNCIAS 24H

Ficha de Acompanhamento

OS

- | | | | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|--|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|
| <input checked="" 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 M. SOLVASolicitante LuisData 03.08.22Origem: P. Tamboretox Clínica Neurovál x P. TamboretoNome: Guilherme Ferraz Bonos

Idade _____

Contato: _____

Sexo

 Masculino Feminino

SUS / CONVENIO

Sul AméricaNº CARTEIRINHA 00524 00581740113

- | | | | |
|------------|--|---------------------------------|-----------------------------------|
| Principais | <input checked="" 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"/> Corpo estanho | <input type="checkbox"/> Broncoaspiração | <input type="checkbox"/> Edema de Glote |

- | | | | | |
|------------|---|--|--|--|
| Respiração | <input type="checkbox"/> Normal | <input checked="" 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 cardíio 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> voz 3 <input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Orientada 5 <input type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Palavras Improprias 3 <input type="checkbox"/> Palavras Incompreencias 2 <input checked="" type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Obdece comandos 6 <input type="checkbox"/> Localiza Dor 5 <input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4 <input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3 <input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2 <input checked="" type="checkbox"/> Nenhuma 1

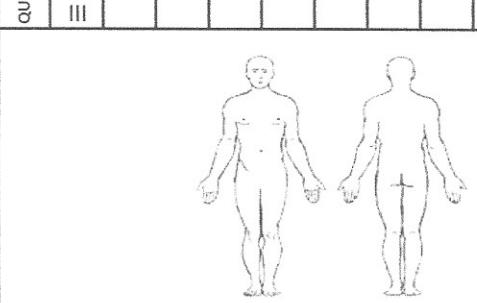
Gineco	<input type="checkbox"/> Abortamento Ameaça	<input type="checkbox"/> Espontâneo	<input type="checkbox"/> Provocado	<input type="checkbox"/> Metrorragia
	<input type="checkbox"/> Parto A Termo	<input type="checkbox"/> Parto Pré - Termo	<input type="checkbox"/> Parto Pós - Termo	

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

controle de O2						QUEIMADURAS	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie
Consumo de O2	150	140	130	120	110		I								
	100	90	80	70	60		II								
	50	40	30	20	10		III								

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

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



Controle de Itinerários

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
119686	119712	119721	119737	119746
Hora	Hora	Hora	Hora	Hora
12:51	13:50	14:10	17:00	17:35
Visto	Visto	Neurologista CRM/SP 54.378 Rua Portugal, 131 (11) 3632.0951	Visto	

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	12:30						
PA							
FC							
FR							
GLASGOW							
TEMP							
Sat O2							
Hgt							

Observações Médicas / Enfermeiros

paciente menor acompanhado do seu e cuidadores, em uso de malhação física, trazendo estomagado, em uso de oxigênio a 1 litro, no momento supremo, sentado, hidratado, fazendo uso de fraldas, seguindo protocolos do enfermagem, cuidadoria profissional para residência, após a casa com uso dormindo, nem intencional os cuidados de enfermagem.

Pretérito Atual dos Bantos

Técnico de Enfermagem

Atendente de Ambulância

Enfermeiro

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	Jheni Ferreira Barros	assinatura
RG/CPF	1006.003.295-26	

Médico Responsável	
Data	/ /

Enfermagem Responsável	
Técnico de Enfermagem	
Data	03/05/22

Condutor Socorrista	
Data	/ /