



REALVIDAS
REMOÇÕES E EMERGÊNCIAS 24H

Ficha de Acompanhamento

OS

- | | | | | | | | |
|---------------------------------|--|--|-------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|
| <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 checked="" type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR | <input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR | <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO | <input type="checkbox"/> SIV - INT | | | |

EMPRESA

Particular

Solicitante

FELHA

Data 24.02.22

Origem: VPA S. MARINO X 4.105/165 X

Nome: TEO DO RO José macho neto, Idade _____ Contato: _____

Sexo

 Masculino Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

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

- | | | | | |
|------------|---|---|--|--|
| 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"/> Rônicos | <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"/> Fino |
| | <input type="checkbox"/> Parada cardíio Respiratória | <input type="checkbox"/> Palidez | <input type="checkbox"/> Cianose | <input type="checkbox"/> Quente | <input type="checkbox"/> Fria |
| | <input type="checkbox"/> Pele Normal | <input type="checkbox"/> Úmida | <input type="checkbox"/> Dor Torácica Típica | | <input type="checkbox"/> Atípica |
| | <input type="checkbox"/> Seca | <input type="checkbox"/> Pressão Arterial Hipertensão | <input type="checkbox"/> Séptico | <input type="checkbox"/> Anafilático | <input type="checkbox"/> Cardiog |
| | <input type="checkbox"/> Pressão Arterial Hipotensão | <input type="checkbox"/> Palpebral | <input type="checkbox"/> M. Inferiores | <input type="checkbox"/> Anasarca | |
| | <input type="checkbox"/> Choque Hipovolêmico | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Edema Ausente | | | | |

- | | | | | | |
|-------|--|-------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| Neuro | <input checked="" 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"/> voz 3 <input checked="" type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Orientada 5 <input checked="" type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Palavras Improprias 3 <input type="checkbox"/> Palavras Incompreencias 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Obdece comandos 6 <input type="checkbox"/> Localiza Dôr 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										

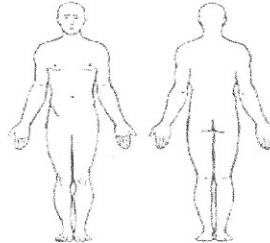
controle de O2

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

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

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

I				
II				
III				



Controle de Itinerários

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
126055	126072	126086	126115	
Hora 22:40	Hora 23:15 23:45	Hora 00:05 00:20	Hora 00:45	Hora
	Visto  Data: 17/07/2017	Visto	Visto	

Tipos de exames

CATE TOMO GTT TQT /TQM US RX RMN CPRS T. C. HIPER.

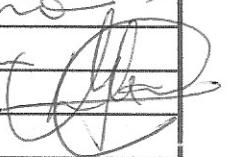
Outros:

Sinais Vitais e Parâmetros Evolutivos e Conduta / Horário

HORA								
PA								
FC								
FR								
GLASSGOW								
TEMP								
Sat O2								
Hgt								

Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente com mal súbito, que deixa propria altura, apresentou hematemese, socorrido por familiares por meios próximos para UPA SAMU realizada TC de Crânio com presença de AVC Hemorrágico, devolutivo do SNE / SUD, realizado remoção para IDI fulho, sem intercorrências

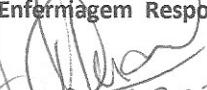


CONSENTIMENTO PARA TRANSPORTE PACIENTE EM AMBULÂNCIA.

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	assinatura
RG/CPF	
Médico Responsável  Data / /	Enfermagem Responsável  Data 23/07/2017
Condutor Socorrista	
Data / /	