



REALVIDAS
RESCUOS 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 checked="" type="checkbox"/> EXAMES	<input type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO				

EMPRESA Hosp. 2050 Ho

Solicitante

Wellington

Data

31/05/22Origem: A. 10 de Julho x Plínio + 9 x A. 10 de JulhoNome: Ilda Barbosa de Moura Idade 80 Contato:

Sexo

 Masculino Feminino

SUS / CONVENIO

7 Unimed

Nº CARTEIRINHA

00574000356000010

Principais

 Dificuldades respiratórias Dores Tonturas

Queixas

 Febre Nausea Vomitos

Vias Aéreas

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

Respiração

 Normal Assistida Auscultação Normal Diminuição MV Expansibilidade Normal Enfisema sub-cutâneo Insufic. Resp. Aguda Controlada Sibilos à D E Superficial Hemoptise Parada Ventilatória Ritmo Irregular Roncos Ausência MV Regular Ventil Espontânea Crepitantes à D E Irregular

Circulação

 Pulso Regular Parada cardíaco Respiratória Pele Normal Seca Pressão Arterial Hipotensão Choque Hipovolêmico Edema Ausente Irregular Ausente Cheio Fino Palidez Cianose Quente Fria Úmida Dor Torácica Típica Atípica Pressão Arterial Hipertensão Séptico Anafilático Cardiog Palpebral M. Inferiores Anasarca

Neuro

 Normal Sonolência Obnubilação Agitação Coma

Abertura ocular

Resposta Verbal

Resposta Motora

- Espontânea 4
- voz 3
- A dor 2
- Nenhuma 1

 Orientada 5 Confusa 4 Palavras Improprias 3 Palavras Incompreensias 2 Nenhuma 1 Obdece comandos 6 Localiza Dor 5 Movimentos de retardia 4 Flexão Anormal 3 Extensão Anormal 2 Nenhuma 1

Gineco

 Abortamento Ameaça Parto A Termo Espontâneo Parto Pré - Termo Provocado Metrorragia 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

QUEIMADURAS

Cab

Pesc

T Ant

Tpos

Perín

Msd

Mse

Mid

Mie

Consumo de O2

150

140

130

120

110

100

90

80

70

60

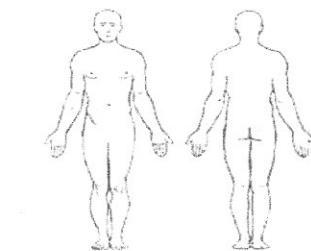
50

40

30

20

10



Controle de Itinerários

13:50

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
123563	123593	123612	123631	123664
Hora 16:40	Hora 17:40 17:59	Hora 18:32 21:15	Hora 21:43 21:55	Hora 22:56
Visto <i>Eduardo</i>	Visto	Visto	Visto <i>Eduardo</i>	

Tipos de exames

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

Outros: *Um contorcido*

Sinais Vitais e Parâmetros Evolutivos e Conduta / Horário

HORA							
PA							
FC							
FR							
GLASGOW							
TEMP							
Sat O2							
Hgt							

Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente em uso de SNG e AVP por dispositivo dupla via não agulhado 320, sem intercorrências a remoção para realização de RNM com condutor *(HPC)*

As 17:15hs saiu da habitação em direção a Linda

Remoção do paciente Hilda Soárez para exame no (+9) sem qualquer intervenção médica

INICIO 17:45

TERMINO 22:... hs

*Verificada
20149794*

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 <i>Sérgio Soárez Lacerda</i>	assinatura <i>[Assinatura]</i>
RG/CPF <i>03021818811</i>	

Médico Responsável
<i>[Assinatura]</i>
Data <i>/ /</i>

Enfermeiro Responsável
<i>[Assinatura]</i>
Data <i>/ /</i>

Condutor Socorrista
<i>[Assinatura]</i>
Data <i>31/10/2012</i>