



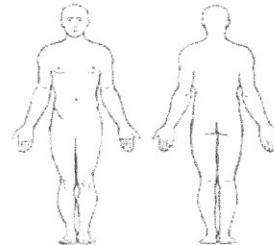
REALVIDAS
REMOÇÕES E EMERGÊNCIAS 24H

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 type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR | | <input checked="" type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR | | <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO | | |

EMPRESA	Homedical		Solicitante	Michele		Data ###									
Origem:	Hospital Santa Ignes X		P Sumaré "Residencia	X											
Nome: NICOLAS CARDOSO BISPO			Idade	1 ano	Contato:										
Sexo		<input checked="" type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino												
SUS / CONVENIO		Unimed Curitiba		Nº CARTEIRINHA	Não informado										
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 Gote										
		<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"/> E									
		<input type="checkbox"/> Expansibilidade Normal	<input type="checkbox"/> Superficial	<input type="checkbox"/> Ausência MV	<input type="checkbox"/> Irrregular										
		<input type="checkbox"/> Enfisema sub-cutâneo	<input type="checkbox"/> Hemoptise	<input type="checkbox"/> Regular											
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 cardíaco 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		Resposta Verbal			Resposta Motora										
		<input type="checkbox"/> Orientada 5	<input type="checkbox"/> Obdece comandos 6												
		<input type="checkbox"/> Confusa 4	<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5												
		<input type="checkbox"/> Palavras Improprias 3	<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4												
		<input type="checkbox"/> Palavras Incompreensões 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														
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		I								
	50	40	30	20	10		II								
Consumo de O2	150	140	130	120	110	III									
	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										



Controle de Itinerários

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 123962.	km 1261201	km 124441	km	km
Hora 05:10.	Hora 08:00. 08.27.	Hora 11:45.	Hora	Hora
	Visto	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							
GLASGOW							
TEMP							
Sat O2							
Hgt							

Observações Médicas / Enfermeiros

SAÍDA DA EQUIPE AS 05:10 DA BASE, A5 CHAGAR NO HOSPITAL
 VERIFIQUEI QUE O PACIENTE SA FINTA \$4100 DO ALTA DIA 03/06:
 ENTREAMOS EM CONTACTO COM BASE ONDE FOMOS INFORMADO P/
 RETORNAR. SEM REALIZAR SEU ALTA.
 HOSPITAL SE REUSOU A ASSUMIR PECULIO ATENDIMENTO.

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 09/06/02

Condutor/Socorrista

Abravac.
Data / /