



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

EMPRESA CASSI 022104493760. Solicitante Data 13.04.22.

Origem: HOSP. VALENÇA R.S. x HOSP. MONTE SINAI x

Nome: ALBERTO MYRKO OLIVEIRA SANTOS Idade \_\_\_\_\_ Contato: I

Sexo  Masculino

Feminino

SUS / CONVENIO CASSI

Nº CARTEIRINHA 030000321750002.

- |            |   |   |                                   |
|------------|---|---|-----------------------------------|
| Principais | <input type="checkbox"/> Dificuldades respiratórias | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Ventil Espontânea |
|            | <input type="checkbox"/> Assistida                | <input type="checkbox"/> Controlada           | <input type="checkbox"/> Ritmo Irregular     |   |
|            | <input type="checkbox"/> Auscultta Normal         | <input type="checkbox"/> Sibilos              | <input type="checkbox"/> Roncos              | <input type="checkbox"/> Crepitantes                  |
|            | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Fino |
|            | <input type="checkbox"/> Parada cardíio Respiratória |   |  |                                   |  |
|            | <input checked="" type="checkbox"/> Pele Normal      | <input type="checkbox"/> Palidez                      | <input type="checkbox"/> Cianose             | <input type="checkbox"/> Quente   | <input checked="" 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"/> Anafilatico         | <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 checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4	<input type="checkbox"/> Orientada 5	<input checked="" type="checkbox"/> Obdece comandos 6
<input type="checkbox"/> voz 3	<input checked="" type="checkbox"/> Confusa 4	<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5
<input type="checkbox"/> A dor 2	<input type="checkbox"/> Palavras Improprias 3	<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Palavras Incompreencias 2	<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3
	<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2
		<input type="checkbox"/> Nenhuma 1

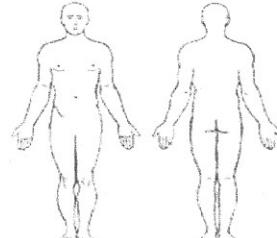
Gineco	Abortamento Ameaça	Espontâneo	Provocado	Metrorragia
	Parto A Termo	Parto Pré - Termo	Parto Pós - Termo	

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	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	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										



## Controle de Itinerários

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 120835.	km 121101	km 121212	km 121589.	km
Hora 21:06	Hora 00:30 01:15	Hora 03:50. 04:30	Hora 08:30	Hora
Visto <i>Aline de O. K. A. da Valle</i> COREN/RJ 759.286	Visto <i>Elaine S. Agnacio</i> TÉC. ENFERMAGEM COREN-MG 956.165	Visto		
<i>Mapavalle</i>				

## Tipos de exames

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

Outros:

Sinais Vitais e Parâmetros Evolutivos e Conduta / Horário

HORA	00:40					
PA	100x60					
FC	66					
FR	15					
GLASGOW	14					
TEMP	56.3					!
Sat O2	98					
Hgt						

## **Observações Médicas / Enfermeiros**

Paciente em leito de Clínica Médica REG, bate, Glasgow 14, politiquenoso, com queixa de dor no lado direito, mantendo AFP em ante braço (E) por dor pungente na dupla via nas agulhas de felce 2-3, realizada gencatá em bater certos

## **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		
<b>Médico Responsável</b>		
Data	_____	
<b>Enfermeiro, Responsável</b>		
Data	14/04/2015	
<b>Condutor Socorrista</b>		
Data	_____	