



REALVIDAS

REMOÇÕES E EMERGÊNCIAS 24H

Ficha de Acompanhamento

BÁSICA UTI ADULTO UTI INFANTIL UTI NEO UTI ÁREA PARTICULAR APH

EMPRESA

~~PRET. LA RUBINIKAR~~

Solicitante

Data 09.06.21

DESTINO: SANTA CASA CRUZEIRO/HPCV PARA: SANTA CASA CRUZEIRO

Hora :

Nome: DALVINA DE LURDES NASCIMENTO, Idade 76, Contato: I

Sexo Masculino Feminino Telefone:

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

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"/> Auscultação 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 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 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	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4	Resposta Verbal	<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5	Resposta Motora	<input checked="" type="checkbox"/> Obdece comandos 6
	<input type="checkbox"/> voz 3		<input 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 Incompreensias 2		<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3
			<input type="checkbox"/> Nenhuma 1		<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2
					<input type="checkbox"/> Nenhuma 1

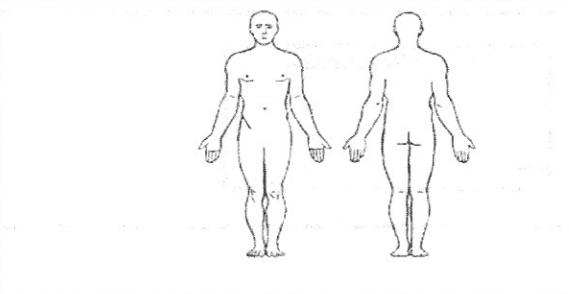
Gineco	<input type="checkbox"/> Abortamento Ameaça	<input type="checkbox"/> Espontâneo	<input type="checkbox"/> Provocado
	<input type="checkbox"/> Parto A Termo	<input type="checkbox"/> Parto Pré - Termo	<input type="checkbox"/> Parto Pós - Termo
	<input type="checkbox"/> Metrorragia		

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

Sinais Vitais e Parâmetros Evolutivos
Evolução e Conduta / Horário

HORA					
PA					
FC					
FR					
GLASGOW					
TEMP					
Sat O2					
Hgt					

QUEIMADURAS	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie
	I								
	II								



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

Controle de Itinerários

Saída Base	Chegada / Destino	Saída / Destino	Chegada / Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
103 861	103 958	104 051	104 142	104 223
05:30	06:30 07:05	08:15 10:00	11:20 11:40	13:00

Observações Médicas

Presente hipertensão em uso losartano + hidroclorotiazida + sotalol.

Náuseas e vômito + FC = 98 bpm controlado com medicamento na unidade.

Painel transpôrt BEG Glasgow 15 PA = 130x81 mmHg

FC = 54 bpm Sato 2 = 97%. Sem intercorrências. Agradecido pelo espetaculo da unidade receptora e aguardando retorno ao município.

LILIANA POZZI
CRM 48437

Observações Complementares

Médico Responsável

Data _____/_____/_____

Técnico Responsável

Data _____/_____/_____