

**REALVIDAS**
REMOÇÕES E EMERGÊNCIAS 24h

Ficha de Acompanhamento

☒ BÁSICA ☐ UTI ADULTO ☐ UTI INFANTIL ☐ UTI NEO ☐ UTI ÁREA ☐ PARTICULAR ☐ APH

EMPRESA Prof. Bruna Solicitante Prof. Bruna Data 12.06.21

DESTINO: João Rêgo PARA: _____ Hora _____

Nome: Evento Natação João Rêgo Idade _____ Contato: I _____

Sexo ☒ Masculino ☒ Feminino Telefone: _____

Principais Queixas

<input type="checkbox"/> Dificuldades respiratórias	<input type="checkbox"/> Dores	<input type="checkbox"/> Tonturas
<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Náusea	<input type="checkbox"/> Vômitos

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 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"/> Crepitações
<input type="checkbox"/> Diminuição MV	<input type="checkbox"/> à D <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> Ausência MV	<input type="checkbox"/> à D <input type="checkbox"/> E
<input type="checkbox"/> Expansibilidade Normal	<input type="checkbox"/> Superficial	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Irregular
<input type="checkbox"/> Enfisema sub-cutâneo	<input type="checkbox"/> Hemoptise		

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 cardíaca 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"/>	<input type="checkbox"/> Atípica
<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Pressão Arterial Hipertensão	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Pressão Arterial Hipotensão	<input type="checkbox"/> Séptico	<input type="checkbox"/> Anafilático	<input type="checkbox"/> Cardiog	
<input type="checkbox"/> Choque Hipovolêmico	<input type="checkbox"/> Palpebral	<input type="checkbox"/> M. Inferiores	<input type="checkbox"/> Anasarca	
<input type="checkbox"/> Edema Ausente				

Neuro ☐ Normal ☐ Sonolência ☐ Obnubilação ☐ Agitação ☐ Coma

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input type="checkbox"/> Espontânea 4	<input type="checkbox"/> Orientada 5	<input type="checkbox"/> Obedece 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 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"/> Parto A Termo	<input type="checkbox"/> Parto Pré - Termo	<input type="checkbox"/> Parto Pós - Termo
<input type="checkbox"/> Metrorragia		

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

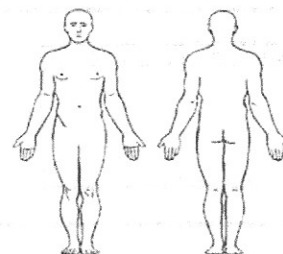
Sinais Vitais e Parâmetros Evolutivos Evolução e Conduta / Horário

HORA					
PA					
FC					
FR					
GLASGOW					
TEMP					
Sat O2					
Hgt					
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

I									
II									
III									



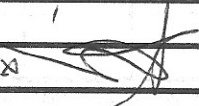
Controle de Itinerários

Saída Base	Chegada / Destino	Saída / Destino	Chegada / Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
104265	104 270			
Hora	Hora	Hora	Hora	Hora
08:35	09:51 14:00			

Observações Médicas

Observações Complementares

Evento de natação, aos cuidados da Profa. Adriana.
 Pequenas e competições conforme combinado, sem intercor-
 pências até o momento. Encerramento do campeonato com
 sucesso, às 14:00



Médico Responsável



Data

___/___/___

Técnico Responsável

Enfermeira
 Caren 442115

Data

12/06/21