

Ficha de Acompanhamento

OS

<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA	<input 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 H.10 JULHOSolicitante CRISData 02.4.22.Origem: H.10 JULHO

x CLÍNICA H.I.

x HOSP. 10 JULHO

Nome: ANDRÉ QUEIROZ DE MECO

Idade _____

Contato: I _____

Sexo

 Masculino FemininoSUS / CONVENIO UNIMED NACIONALNº CARTEIRINHA 0865 0001 5665008

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

Circulação

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

Neuro

 Normal Sonolência Obnubilação Agitação Coma

Abertura ocular

 Espontânea 4
 voz 3
 A dor 2
 Nenhuma 1

Resposta Verbal

 Orientada 5
 Confusa 4
 Palavras Improprias 3
 Palavras Incompreensias 2
 Nenhuma 1

Resposta Motora

 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

Consumo de O2

100

90

80

70

60

Consumo de O2

50

40

30

20

10

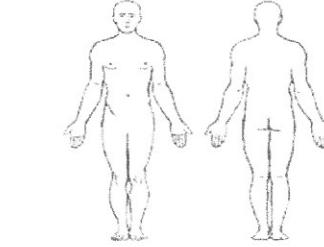
QUEIMADURAS

Cab Pesc T Ant Tpos Perín Msd Mse Mid Mie

I

II

III



Controle de Itinerários

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 11h 220	km 11h 221	km 11h 240	km 11h 263	km 11h 264
Hora 08:45	Hora 08:30 08:05	Hora 08:25 11:15	Hora 11:55	Hora 12:10
Visto <i>ERICK MIGUEL DOS SANTOS</i> <i>ERICK MIGUEL</i> <i>COREN-SP 1677197TE</i>	Visto <i>Tatiana T. S. Ruiz</i> <i>RG 127.025.470-5</i>	Visto <i>Stephanie Sanches Ferreira</i> <i>Emermeira</i> <i>COREN-SP N° 649047</i>		

Tipos de exames

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

Outros:

Sinais Vitais e Parâmetros Evolutivos e Conduta / Horário

HORA	08:05							
PA	120/90							
FC	85							
FR	21							
GLASGOW	15							
TEMP	36.2							
Sat O2	98%							
Hgt								

Observações Médicas / Enfermeiros

PACIENTE NO HOSPITAL 10 DE JULHO ALAMINHADO PARA REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO DE COMA HIPERBARICO, PACIENTE CALMO, ORIENTADO, CONVOCATIVO, EM AR AMBIENTE, MANTENDO CULTIVO OCLUSIVO EM MTC COM DRENAGEM A VACUO. RETORNO PARA HOSPITAL 10 DE JULHO SEM INTERCORRÊNCIA.

ii

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 / /

Enfermeiro Responsável

Gleidson Manuel
Enfermeiro
COREN-SP 346.809
Data 02/10/22

Condutor Socorrista

Data 02/10/22