



REALVIDAS
REMOÇÕES E EMERGÊNCIAS 24h

Ficha de Acompanhamento

os

BÁSICA UTI ADULTO UTI INFANTIL UTI NEO UTI ÁREA EVENTOS PARTICULAR APH
 EXAMES TRASFERÊNCIA HOSPITALAR ALTA HOSPITALAR INTERNAÇÃO

EMPRESA

CASSI

Solicitante

DeBora P.

Data *29.04.22*

Origem: *9 de Julho Sf*

x *Belo Horizonte* x

Nome: *ATILIO ROBERTO BUTACARINI*

Idade

Contato:

Sexo

Masculino

Feminino

SUS / CONVENIO

CASSI

Nº CARTEIRINHA

0300014516200059

Principais

Dificuldades respiratórias

Dores

Tonturas

Queixas

Febre

Nausea

Vomitos

Vias Aéreas

Alergia

Obstrução Parcial

Obstrução Total

Vias Livres

Corpo estanho

Broncoaspiração

Edema de Gote

Respiração

Normal

Insufic. Resp. Aguda

Parada Ventilatória

Ventil Espontânea

Assistida

Controlada

Ritmo Irregular

Ausculta Normal

Sibilos

Roncos

Crepitantes

Diminuição MV

à D

E

Ausência MV

à D

Expansibilidade Normal

Superficial

Regular

E

Enfisema sub-cutâneo

Hemoptise

Irrregular

Circulação

Pulso Regular

Irregular

Ausente

Cheio

Fino

Parada cardíaco Respiratória

Palidez

Cianose

Quente

Fria

Pele Normal

Úmida

Dor Torácica Típica

Atípica

Seca

Pressão Arterial Hipotensão

Súptico

Cardiog

Choque Hipovolêmico

Palpebral

M. Inferiores

Anasarca

Edema Ausente

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

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

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

QUEIMADURAS

I

II

III

Pesc

T Ant

Tpos

Perín

Msd

Mse

Mid

Mie

Consumo de O2

150

140

130

120

110

100

90

80

70

60

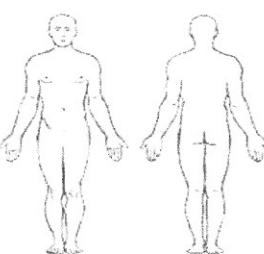
50

40

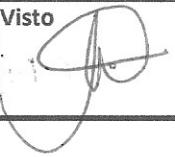
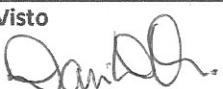
30

20

10



Controle de Itinerários

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 119179	km 119333	km 119342	km 119500	km
Hora 09:57	Hora 12:35 14:56	Hora 15:40 15:55	Hora 16:52	Hora
Visto 	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

Realizado Remoção sem Intervenção

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 Fernando Schulman assinatura
RG/CPF 13082302-4

Médico Responsável

Data / /

Enfermagem Responsável

Data 22/04/22

Condutor Socorrista

Data 29/04/22