



**REALVIDAS**  
REMOÇÕES E URGÊNCIAS 24H

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

EMPRESA *H.CENB*

Solicitante

Data *23/02/22*Origem: *H.R.U.P.**X PRIMETTO ITB*

X

Nome: *Dione Salles Caudujo*Idade *89*

Contato:

Sexo

 Masculino Feminino

SUS / CONVENIO

*Convenio Brodres*

Nº CARTEIRINHA

*840 00 600043019*

## 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 Ausculta Normal Sibilos Roncos Crepitantes Diminuição MV à D E Ausência MV à D Expansibilidade Normal Superficial Regular E Enfisema sub-cutâneo Hemoptise Irregular

## Circulação

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

150

140

130

120

110

## Consumo de O2

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

## 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

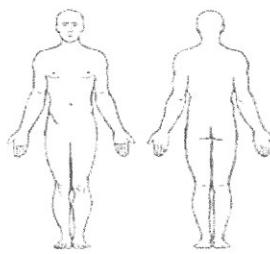
Mid

Mie

I

II

III



## Controle de Itinerários

| Saída Base | Origem         | Destino        | Destino | Chegada Base |
|------------|----------------|----------------|---------|--------------|
| km         | km             | km             | km      | km           |
| 116.020    | 116045.        | 116049.        |         |              |
| Hora       | Hora           | Hora           | Hora    | Hora         |
|            | 13:20<br>13:45 | 14:00<br>14:30 |         |              |
| 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

Paciente admitido em HRVP acompanhado do neto em PA, com destino a urgência para ser encaminhado ao hospital Alegria 689612

### 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 <i>Marina Cardoso Esper</i> | assinatura <i>Maria Esper</i> |
| RG/CPF <i>34172207855</i>        |                               |

**Médico Responsável**

Data \_\_\_\_\_

**Enfermagem Responsável**

Data *23/02/22*

**Condutor Socorrista**

Data \_\_\_\_\_