

**REALVIDAS**
REMOÇÕES E EMERGÊNCIAS 24h**Ficha de Acompanhamento**

OS

☒ BÁSICA ☐ UTI ADULTO ☐ UTI INFANTIL ☐ UTI NEO ☐ UTI ÁREA ☐ EVENTOS ☐ PARTICULAR ☐ APH
☐ EXAMES ☐ TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR ☐ ALTA HOSPITALAR ☐ INTERNAÇÃO

EMPRESA

P. F. R. P. R. P. R.

Solicitante

ANDRÉ

Data

08/06/02

Origem:

P. R. R. P. R. P. R.

X

X

Nome:

CORRIDA RUA

Idade

Contato: I

Sexo

☒ Masculino☒ Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Principais**Queixas**☐ Dificuldades respiratórias☐ Dores☐ Tonturas☐ Febre☐ Nausea☐ Vômitos**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☐ Crepitações☐ Diminuição MV☐ à D☐ E☐ Ausência MV☐ à D☐ E☐ Expansibilidade Normal☐ Superficial☐ Regular☐ Irregular☐ Enfisema sub-cutâneo☐ Hemoptise**Circulação**☐ Pulso Regular☐ Irregular☐ Ausente☐ Cheio☐ Fino☐ Parada cardíaca Respiratória☐ Palidez☐ Cianose☐ Quente☐ Fria☐ Pele Normal☐ Úmida☐ Dor Torácica Típica☐ Atípica☐ Seca☐ Pressão Arterial Hipotensão☐ Pressão Arterial Hipertensão☐ Choque Hipovolêmico☐ Séptico☐ Anafilático☐ 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 Incompreensões 2☐ Nenhuma 1**Resposta Motora**☐ Obedece 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

Consumo de O2

150

140

130

120

110

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

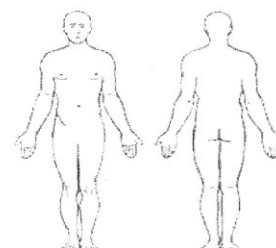
Perín

Msd

Mse

Mid

Mie



Controle de Itinerários

| Saída Base | Origem | Destino | Destino | Chegada Base |
|------------|------------|---------|---------|--------------|
| km | km | km | km | km |
| 121929 | 121933 | 121943 | | |
| Hora | Hora | Hora | Hora | Hora |
| 07:00 | 7:30 11 | | | |
| | 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

Finalizada viagem SEM INTERCORRENCIAS.

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

Enfermagem Responsável

Data

Conductor Socorrista

Data

05/06/21