



**REALVIDAS**  
REMOÇÕES E EMERGÊNCIAS 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 checked="" 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: P PINDA

Solicitante

AURORA

Data 13/05/22

Origem:

X

X

Nome: CAM Peonato Paulista

Idade \_\_\_\_\_

Contato: \_\_\_\_\_

Sexo

Masculino

Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

### 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

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

Anafilático

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

### QUEIMADURAS

Cab

Pesc

T Ant

Tpos

Perín

Msd

Mse

Mid

Mie

#### controle de O2

#### Consumo de O2

150

140

130

120

110

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

I

II

III

#### Consumo de O2

150

140

130

120

110

100

90

80

70

60

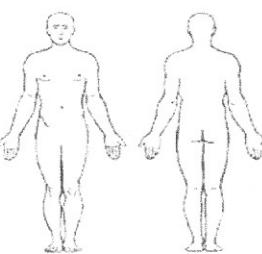
50

40

30

20

10



## Controle de Itinerários

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
122988	122960	122964		
Hora 16:15	Hora 17:00 19:00	Hora 18:18	Hora	Hora
	Visto	Visto	Visto	

## Tipos de exames

CATE       TOMO       GTT       TOT /TOM       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**

三

#### **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** / / /