



REALVIDAS
RESCUOS E EMERGÊNCIAS 24h

Ficha de Acompanhamento

<input 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 Quadrado alto do Taboão

Solicitante _____

Data 16/10/21

Origem:

Nome: Futsal Feminino Paulista

Idade _____

Contato: _____

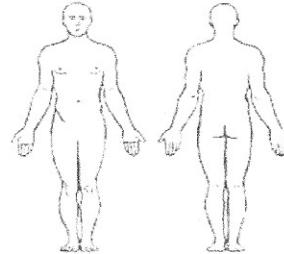
Sexo

 Masculino Feminino

SUS / CONVENIO _____

Nº CARTEIRINHA _____

Principais	<input type="checkbox"/> Dificuldades respiratórias	<input type="checkbox"/> Dores	<input type="checkbox"/> Tonturas								
Queixas	<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Nausea	<input type="checkbox"/> Vomitos								
Vias Aéreas	<input type="checkbox"/> Alergia	<input type="checkbox"/> Obstrução Parcial	<input type="checkbox"/> Obstrução Total								
	<input type="checkbox"/> Vias Livres										
	<input type="checkbox"/> Corpo estanho	<input type="checkbox"/> Broncoaspiração	<input type="checkbox"/> Edema de Glote								
Respiração	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Insufic. Resp. Aguda	<input type="checkbox"/> Parada Ventilatória	<input type="checkbox"/> Ventil Espontânea							
	<input type="checkbox"/> Assistida	<input type="checkbox"/> Controlada	<input type="checkbox"/> Ritmo Irregular								
	<input type="checkbox"/> Ausculta Normal	<input type="checkbox"/> Sibilos	<input type="checkbox"/> Roncos	<input type="checkbox"/> Crepitantes							
	<input type="checkbox"/> Diminuição MV	<input type="checkbox"/> à D	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> à D							
	<input type="checkbox"/> Expansibilidade Normal	<input type="checkbox"/> Superficial	<input type="checkbox"/> Ausência MV	<input type="checkbox"/> E							
	<input type="checkbox"/> Enfisema sub-cutâneo	<input type="checkbox"/> Hemoptise	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Irregular							
Circulação	<input type="checkbox"/> Pulso Regular	<input type="checkbox"/> Irregular	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Fino						
	<input type="checkbox"/> Parada cardíaco Respiratória										
	<input type="checkbox"/> Pele Normal	<input type="checkbox"/> Palidez	<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Quente	<input type="checkbox"/> Fria						
	<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Úmida	<input type="checkbox"/> Dor Torácica Típica		<input type="checkbox"/> Atípica						
	<input type="checkbox"/> Pressão Arterial Hipotensão	<input type="checkbox"/> Pressão Arterial Hipertensão									
	<input type="checkbox"/> Choque Hipovolêmico	<input type="checkbox"/> Séptico	<input type="checkbox"/> Anafilático	<input type="checkbox"/> Cardiog							
	<input type="checkbox"/> Edema Ausente	<input type="checkbox"/> Palpebral	<input type="checkbox"/> M. Inferiores	<input type="checkbox"/> Anasarca							
Neuro	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Sonolência	<input type="checkbox"/> Obnubilação	<input type="checkbox"/> Agitação	<input type="checkbox"/> Coma						
Abertura ocular	<input type="checkbox"/> Espontânea 4	Resposta Verbal			Resposta Motora						
	<input type="checkbox"/> voz 3	<input type="checkbox"/> Orientada 5			<input type="checkbox"/> Obedece comandos 6						
	<input type="checkbox"/> A dor 2	<input type="checkbox"/> Confusa 4			<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5						
	<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Palavras Improprias 3			<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4						
		<input type="checkbox"/> Palavras Incompreensias 2			<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3						
		<input type="checkbox"/> Nenhuma 1			<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2						
					<input type="checkbox"/> Nenhuma 1						
Gineco	<input type="checkbox"/> Abortamento Ameaça	<input type="checkbox"/> Espontâneo	<input type="checkbox"/> Provocado	<input type="checkbox"/> Metrorragia							
	<input type="checkbox"/> Parto A Termo	<input type="checkbox"/> Parto Pré - Termo	<input type="checkbox"/> Parto Pós - Termo								
TRAUMA	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie	
	Escoriação										
	Cont										
	Ferim										
	Luxa										
	Frat										
	Lace										
	Secç										
Sinais Vitais e Parâmetros Evolutivos Evolução e Conduta / Horário						QUEIMADURAS	Cab Pesc T Ant Tpos Perín Msd Mse Mid Mie				
HORA						I					
PA						II					
FC						III					
FR											
GLASGOW											
TEMP											
Sat O2											
Hgt											
Consumo de O2	150	140	130	120	110						
	100	90	80	70	60						
	50	40	30	20	10						



Controle de Itinerários

Saída Base	Chegada / Destino	Saída / Destino	Chegada / Destino	Chegada Base
km 113071	km 113074	km 113075	km 113077	km 113080
Hora 11:10	Hora 12:00 12:09	Hora 12:21 12:26	Hora 12:30 13:30	Hora 13:35
Visto <i>J. Maranha.</i>	Visto	Visto	Visto	

Tipos de exames

CATE TOMO GTT TQT /TQM US RX RMN

Outros:

Observações Médicas / Enfermeiros

11:30 h - Início do cobertura do campeonato paulista de futsal Seminário no quadro coberto do alto do tabuleiro e que se auxiliou em viaturas em fronteiras para auxiliar os que feriram no mesmo.
 12:09 h - Cliente Roberto bombolajio sem milhoraz a mesma vai ao domicílio sem auxílio, segue o caminho de Santo Socorro municipal.
 12:25 h - Entrega caso a equipe do Enfermagem do sindicato sem intercorrência no Transporte.

Natalia Emanuelle
Marques dos Santos
COREN-SP 1428201-TE

13:30 Fimmo do jogo sem mais intercorrências

Médico Responsável

Data _____

Enfermagem Responsável

Data 16/10/12

Condutor Socorrista

Data 16/10/12