



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

DE BOA

Data

06.05.22

Origem: *Hosp. P.C. BELA VISTA x OTOCAPES - SP.*

x H.A.P.C. BELA VISTA.

Nome: *Daisy Ferreira Braga Monteiro*

Idade *96*

Contato: *1*

Sexo

Masculino

Feminino

SUS / CONVENIO

CASSI

Nº CARTEIRINHA

0500102688800160

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

Expansibilidade Normal

Superficial

Regular

Enfisema sub-cutâneo

Hemoptise

Irregular

Circulação

Pulso Regular

Irregular

Ausente

Cheio

Fino

Parada cardíio Respiratória

Pele Normal

Palidez

Cianose

Quente

Fria

Seca

Úmida

Dor Toráciaca Típica

Atípica

Pressão Arterial Hipotensão

Pressão Arterial Hipertensão

Cardiog

Choque Hipovolêmico

Séptico

Anafilatico

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 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

Consumo de O2

100

90

80

70

60

Consumo de O2

50

40

30

20

10

QUEIMADURAS

I

II

III

Controle de Itinerários

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
119807	119959	119959	119960	120109
Hora	Hora	Hora	Hora	Hora
07:00	09:28	11:30	12:43	15:36
Visto	Visto	Visto	Visto	
<i>Premium Care</i>	<i>Premium Care</i>	<i>Premium Care</i>	<i>Premium Care</i>	

Tipos de exames

CATE TOMO GTT TQT/TQM US RX RMN CPRS T. C. HIPER.

Outros: *CONSULTA OBSTETRICOLOGISTA*

Sinais Vitais e Parâmetros Evolutivos e Conduta / Horário

HORA

PA

FC

FR

GLASGOW

TEMP

Sat O2

Hgt

Observações Médicas / Enfermeiros

REMOVEDOR SEM INTERFERENCIA DURANTE O TRANSPORTE

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 ____/____/____

Condutor Socorrista

Data ____/____/____