

Controle de Itinerários

Saída Base	Chegada / Destino	Saída / Destino	Chegada / Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
95325	95390	95342		
13:48	14:00 14:18	14:35 14:49		

Observações Médicas

Observações Complementares

Ma. 01/01 - 13:55. Saída 14:18hs.
 Reclama dor no colo e dor nas costas com impedimento para
 e ir para a casa de banho, a uso de escadas continuamente
 e durante a residência acomodada por este
 motivo.

Médico Responsável

Data 1/1/21

Técnico Responsável

Data 18/01/21



Ficha de Acompanhamento

BÁSICA UTI ADULTO UTI INFANTIL UTI NEO UTI ÁREA PARTICULAR APH

EMPRESA CASA DE SAÚDE Solicitante MAYARA. Data 18.01.21
DESTINO: HOSP. 20 JULHO PARA: Rua. TAUBATÉ 125. Hora 14:00

Nome: Anyonir Galvão Idade _____ Contato: _____
Sexo Masculino Feminino Telefone: _____

Principais	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Vias Livres	<input type="checkbox"/> Broncoaspiração	<input type="checkbox"/> Edema de Glote
	<input type="checkbox"/> Corpo estanho		

Respiração	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Insufic. Resp. Aguda	<input type="checkbox"/> Parada Ventilatória	<input type="checkbox"/> Ventil Espontânea
	<input checked="" 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"/> Ausência MV
	<input type="checkbox"/> Expansibilidade Normal	<input type="checkbox"/> Superficial	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> à D
	<input type="checkbox"/> Enfisema sub-cutâneo	<input type="checkbox"/> Hemoptise		<input type="checkbox"/> E
				<input type="checkbox"/> Irregular

Circulação	<input checked="" 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
-------	---------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------

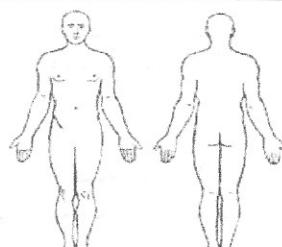
Abertura ocular	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4	Resposta Verbal	<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5	Resposta Motora	<input checked="" type="checkbox"/> Obdece comandos 6
	<input type="checkbox"/> voz 3		<input type="checkbox"/> Confusa 4		<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5
	<input type="checkbox"/> A dor 2		<input type="checkbox"/> Palavras Improprias 3		<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4
	<input type="checkbox"/> Nenhuma 1		<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"/> Parto A Termo	<input type="checkbox"/> Parto Pré - Termo	<input type="checkbox"/> Parto Pós - Termo
	<input type="checkbox"/> Metrorragia		

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															
PA	117														
FC															
FR															
GLASGOW	15														
TEMP	35														
Sat O2	95%														
Hgt															

I					
II					
III					



Controle de Itinerários

Saída Base	Chegada / Destino	Saída / Destino	Chegada / Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
95325	95390	95342		
13:48	14:00 14:18	14:35 14:49		

Observações Médicas

Observações Complementares

Ma. 01/01 - 13:55. Saída 14:18hs.
 Reclama dor no colo e dor nas costas com impedimento para
 e ir para a casa de banho, a uso de escadas continuamente
 e durante a residência acomodada por este
 motivo.

Médico Responsável

Data 1/1/21

Técnico Responsável

Data 18/01/21