

Ficha de Acompanhamento

OS

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

EMPRESA

P. PINDA

Solicitante

Andrea

Data 05/06/22

Origem: P. G.R.A. 123

X

X

Nome: Corrida Ruas

Idade

Contato: I

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 Ausculta Normal Sibilos Roncos Crepitantes 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 cardíio Respiratória Palidez Cianose Quente Fria Pele Normal Úmida Dor Torácica Típica Atípica Seca Pressão Arterial Hipertensão Pressão Arterial Hipotensão Séptico Anafilatico 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 Impróprias 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

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
I									
II									
III									

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

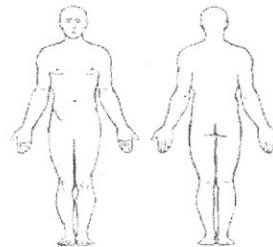
50 40 30 20 10

Consumo de O2

150 140 130 120 110

100 90 80 70 60

50 40 30 20 10



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	07:30	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

Finalizado o voo sóm som intervenções.

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	Enfermagem Responsável	Condutor Socorrista
Data _____	Data _____	Data 05/06/21