

REALVIDAS  
RESCUOS E TRANSFERENCIAS 24h

## Ficha de Acompanhamento

BÁSICA  UTI ADULTO  UTI INFANTIL  UTI NEO  UTI ÁREA  EVENTOS  PARTICULAR  APH

EMPRESA Nordestina Solicitante JULIANA. Data 19.02.21

DESTINO: Cruzado PARA: H2 VP. SJC. Hora :

Nome: Antônio Cona da Silva Filho Idade \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_  
Sexo  Masculino Telefone : \_\_\_\_\_

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

Respiração	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Pulso Regular	<input type="checkbox"/> Irregular	<input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Fino
	<input type="checkbox"/> Parada cárdio Respiratória				
	<input checked="" 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	

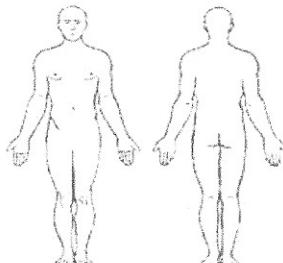
Neuro	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Sonolência	<input type="checkbox"/> Obnubilação	<input type="checkbox"/> Agitação	<input type="checkbox"/> Coma
-------	---------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4	<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5	<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 Incompreencias 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									

QUEIMADURAS	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie
	I								
	II								
III									



HORA	04:30	05:00	07:00	08:40	
PA	12x7	12x7	12x8	12x7	
FC	70	75	72	70	
FR	20	20	20	20	
GLASGOW	15	15	15	15	
TEMP	36	36	36	36	
Sat O2	98%	97%	99%	99%	
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 106490	km 106580.	km 106716	km 106847	km 106837.
Hora 02:35.	Hora 02:57.	Hora 06:00	Hora 08:47	Hora 10:25.
04:22	07:00	09:10		

### Observações Médicas

SOMOS CHAMADOS PARA REMOVER DO TÍPO TRANSFERÊNCIA DO PACIENTE PARA CAT NO HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS TENDO COMO ORIGEM A SANTA CASA DE CRUZEIRO. NÃO HAVIA NENHUMA INTERESSE RAGENDO NO TRAJETO DE FDI. AO CHEGARMOS NO HRSJC PODEMOS INFORMAR A EQUIPE DE ENFERMAGEM E RECEPÇÃO DE QUE NA A PAC DO PROCEDIMENTO ESTAVA FALTANTE O CARIMBO AUTORIZADOR E QUE SEM ESTE CARIMBO O PROCEDIMENTO NÃO PODIA SER REALIZADO E O PACIENTE NÃO PODERIA DESEMBARCAR DA UTI MÓVEL. CONFORME EXPLICADO O CARIMBO AUTORIZADOR E EMITIDO PELOS DR'S DE TAUBATÉ. ENTREMOS EM CONTATO COM A ORIGEM E FIZ NÃO HAVIA TEMPO HÁBIL ATÉ O HORÁRIO PREVISTO PARA O PROCEDIMENTO PARA PROVIDENCIAL TAL CARIMBO INFORMANDO METENDO Á ORIGEM. O RETORNO FOI REALIZADO SEM INTERCORRÊNCIA.

FABRÍCIO LUIZ CARDOSO  
Oficial Médico  
CRM: 247.920  
Id MII: 021055057-0

### Observações Complementares

Fazente com H.D. JAM em AA, Reg. lot. CG6L15, tem queixas algemas, com procedimento Cat HRSJC ao chegar na Unidade receptiva, mas não foi possível realizar o exame com a mesma disponibilidade por motivos de segurança, devido ao fato de não haver autorizado para realizar o exame, o cliente permaneceu na ambulância por 1 hora, sem resultados, com contatos do cliente retornar para a Unidade de Origem Santa Clara de Lourdes - Paulista

Médico Responsável

Data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Técnico Responsável

Data 27/10/21