



**REALVIDAS**  
REMOÇÕES E EMERGÊNCIAS 24H

# Ficha de Acompanhamento

OS

- |  |  |   |                                  |                                   |                                     |                                     |                              |
|--|--|---|----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|
| <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR |                                  |                                   | <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO |                                     |                              |

EMPRESA CASA 5 SAÚDE

Solicitante

MAYARAData 18.03.21Origem: 10 de Julho X

X

Nome: MARIA OLIVEIRA CUNHAIdade 88

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 Gote

## Respiração

 Normal Insufic. Resp. Aguda Parada Ventilatória Ventil Espontânea Assistida Controlada Ritmo Irregular Ausculta Normal Sibilos Roncos Crepitantes Diminuição MV à D E Expansibilidade Normal Superficial Regular à D Enfisema sub-cutâneo Hemoptise E Íngüil Irregular

## Circulação

 Pulso Regular Irregular Ausente Cheio Fino Parada cardíaco Respiratória Pele Normal Palidez Cianose Quente Fria Seca Úmida Dor Torácica Típica Atípica Pressão Arterial Hipotensão Pressão Arterial Hipertensão Choque Hipovolêmico Séptico Anafilático Cardiog Edema Ausente Palpebral M. Inferiores Anasarca

## Neuro

 Normal Sonolência Ombubilação Agitação Coma

## Abertura ocular

## Resposta Verbal

## Resposta Motora

- Espontânea 4
- voz 3
- A dor 2
- Nenhuma 1

 Orientada 5 Confusa 4 Palavras Improprias 3 Palavras Incompreencias 2 Nenhuma 1 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

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

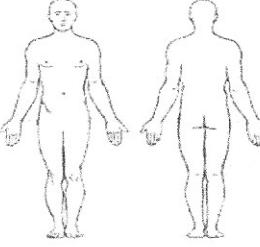
50

40

30

20

10



## Controle de Itinerários

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
120092.	120093	120112 14:	120133	
Hora 13:58	Hora 14:05 14:24	Hora 14:47 15:00	Hora 15:38	Hora
	Visto <i>Jane</i> <i>Vara Belenz. Moutinho</i> <i>Enfermeira</i> <i>COREN - 80</i>	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

*Sem intercorrências com O2. Z. f. 10.00 h.u.*

### 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    18/03/2022

Condutor Socorrista

Data    18/03/22