



**REALVIDAS**  
REMOÇÕES E URGÊNCIAS 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 checked="" type="checkbox"/> EVENTOS | <input type="checkbox"/> PARTICULAR | <input type="checkbox"/> APH |
| <input type="checkbox"/> EXAMES            | <input type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR | <input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO         | <input type="checkbox"/> SIV - INT  | <input type="checkbox"/>     |

EMPRESA

Solicitante

Data 08/07/22Origem: P. Pinra

X

Nome: Antenor Sávio Pinna

Idade

Contato:

Sexo

 Masculino Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

- |                   |   |                                 |                                   |
|-------------------|---|---------------------------------|-----------------------------------|
| <b>Principais</b> | <input type="checkbox"/> Dificuldades respiratórias | <input type="checkbox"/> Dores  | <input type="checkbox"/> Tonturas |
| <b>Queixas</b>    | <input type="checkbox"/> Febre                      | <input type="checkbox"/> Nausea | <input type="checkbox"/> Vomitos  |

- |                    |  |  |  |
|--------------------|--|--|--|
| <b>Vias Aéreas</b> | <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 type="checkbox"/> Corpo estanho |  |  |

- |                   |   |   |  |  |
|-------------------|---|---|--|--|
| <b>Respiração</b> | <input 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 type="checkbox"/> Ausculta Normal        | <input type="checkbox"/> Sibilos              | <input type="checkbox"/> Rúricos             | <input type="checkbox"/> Crepitantes       |
|                   | <input type="checkbox"/> Diminuição MV          | <input type="checkbox"/> à D                  | <input type="checkbox"/> E                   | <input type="checkbox"/> à D               |
|                   | <input 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         |

- |                   |   |   |  |                                   |                                  |
|-------------------|---|---|--|-----------------------------------|----------------------------------|
| <b>Circulação</b> | <input 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 |                                  |

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

<b>Abertura ocular</b>	<b>Resposta Verbal</b>	<b>Resposta Motora</b>
<input type="checkbox"/> Espontânea 4	<input type="checkbox"/> Orientada 5	<input type="checkbox"/> Obdece comandos 6
<input type="checkbox"/> voz 3	<input type="checkbox"/> Confusa 4	<input type="checkbox"/> Localiza Dó 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

- |               |   |  |  |                                      |
|---------------|---|--|--|--------------------------------------|
| <b>Gineco</b> | <input type="checkbox"/> Abortamento Ameaça | <input type="checkbox"/> Espontâneo        | <input type="checkbox"/> Provocado         | <input type="checkbox"/> Metrorragia |
|               | <input type="checkbox"/> Parto A Termo      | <input type="checkbox"/> Parto Pré - Termo | <input type="checkbox"/> Parto Pós - Termo |                                      |

	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
	<b>Escoriação</b>									
<b>TRAUMA</b>	<b>Cont</b>									
	<b>Ferim</b>									
	<b>Luxa</b>									
	<b>Frat</b>									
	<b>Lace</b>									
	<b>Secç</b>									

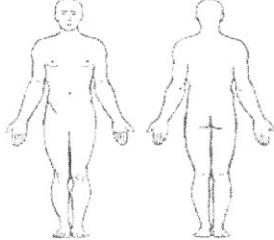
controle de O2

<b>Consumo de O2</b>	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									

<b>Consumo de O2</b>	150	140	130	120	110
	100	90	80	70	60
	50	40	30	20	10

<b>Consumo de O2</b>	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
122959	122964	122968		
Hora	Hora	Hora	Hora	Hora
17:30	18:00 00:25	00:40		
	Visto	Visto	Visto	

### Tipos de exames

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

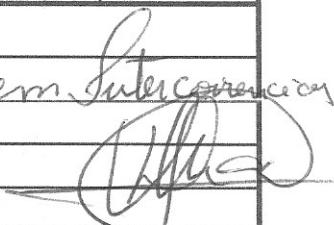
Outros:

### Sinais Vitais e Parâmetros Evolutivos e Conduta / Horário

HORA								
PA								
FC								
FR								
GLASGOW								
TEMP								
Sat O2								
Hgt								

### Observações Médicas / Enfermeiros

*Evento Parque da cidade sem intervenção*



### 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 08/07/22

Condutor Socorrista

Data 08/07/22