



REAL

RACIONAL E INTEGRADO 24h

Ficha de Acompanhamento

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

EMPRESA Pref. LA VIENTHOS

Solicitante

JULIANAData 01.09.21Origem: SANTA C. CRUZEIROX ITOS P. ESCOLA FAV BISTE XNome: KARIMY ELISA DOS SANTOS DA CUNHA.Idade 19

Contato: _____

Sexo

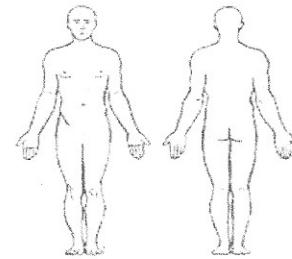
 Masculino Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Principais	<input type="checkbox"/> Dificuldades respiratórias	<input checked="" 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 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 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 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 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	Resposta Motora												
	<input type="checkbox"/> voz 3	<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5	<input checked="" type="checkbox"/> Obdece comandos 6												
	<input type="checkbox"/> A dor 2	<input type="checkbox"/> Confusa 4	<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5												
	<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Palavras Improprias 3	<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4												
		<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"/> Metrorragia											
	<input type="checkbox"/> Parto A Termo	<input type="checkbox"/> Parto Pré - Termo	<input type="checkbox"/> Parto Pós - Termo												
TRAUMA	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie					
	Escoriação														
	Cont														
	Ferim														
	Luxa														
	Frat														
	Lace														
Secç															
Sinais Vitais e Parâmetros Evolutivos						QUEIMADURAS	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie
Evolução e Conduta / Horário							I								
HORA	02:40	03:20													
PA	120+80	100x60													
FC	101	98													
FR	20	20													
GLASGOW	15	15													
TEMP	36	36													
Sat O2	98	97													
Hgt															
Consumo de O2	150	140	130	120	110										
	100	90	80	70	60										
	50	40	30	20	10										

QUEIMADURAS



Controle de Itinerários

Saída Base	Chegada / Destino	Saída / Destino	Chegada / Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
110309.	110419.	110528	110546	
Hora 23:43	Hora 01:15 01:55	Hora 03:40 04:00	Hora 04:30	Hora

Tipos de exames

CATE TOMO TQT/TQM US RX RMN

Outros:

Observações Médicas / Enfermeiros

Gestante em trabalho de parto prematuro
gemelar 33 sem
com infusão contínua
sem intercorrências

LILIANA POZZI
CRM 48437

Médico Responsável

LILIANA

Data _____

Técnico Responsável

Renata

Data _____

Condutor Socorrista

DANIEL

Data 01/06/12