



Ficha de Acompanhamento

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

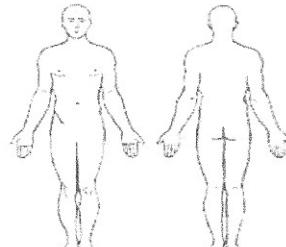
EMPRESA CASA E SAÚDEInte NAYRDData 06.09.21Origem: Perímetro TAUBATE x Host. Santos Dumont x P. Taubate.Nome: OSWALDO DIAS D CARVALHOIdade 93, Contato: 1Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO

UNIMED SJENº CARTEIRINHA 00945501355000534

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 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"/> Regular	<input type="checkbox"/> E											
	<input type="checkbox"/> Enfisema sub-cutâneo	<input type="checkbox"/> Hemoptise		<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"/> Parada cardíaco Respiratória			<input type="checkbox"/> Fino											
	<input type="checkbox"/> Pele Normal	<input type="checkbox"/> Palidez	<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Quente											
	<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Úmida	<input type="checkbox"/> Dor Torácica Típica	<input type="checkbox"/> Fria											
	<input type="checkbox"/> Pressão Arterial Hipotensão	<input type="checkbox"/> Pressão Arterial Hipertensão		<input type="checkbox"/> Atípica											
	<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 Impróprias 3	<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4													
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Palavras Incompreensões 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 Evolução e Conduta / Horário						QUEIMADURAS	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie
HORA															
PA															
FC															
FR															
GLASGOW															
TEMP															
Sat O2															
Hgt															
Consumo de O2	150	140	130	120	110										
	100	90	80	<u>70</u>	60										
	50	40	30	20	10										

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



Controle de Itinerários

Saída Base	Chegada / Destino	Saída / Destino	Chegada / Destino	Chegada Base
km 110622.	km 110641	km 110682	km 110724	km 110749
Hora <i>08:10</i>	Hora 09:20. 09:32	Hora 10:09 12:35	Hora 13:15. 13:25	Hora 13:56

Tipos de exames

CATE TOMO TQT/TQM US RX RMN

Outros: GTT

Observações Médicas / Enfermeiros

9:20hs: Recebo cliente acamado, em AA sat 97%, em uso fraldas, transferiu para maca com auxílio da cidadela, transporte sem intercorrência, cliente HD: Alzheimer, procedimento a ser realizado: Túca da Gástricotaenia.

Realizado Túca do Gástricotaenia em Hospital Santos Dumont SJC, recebo cliente BEG, estavel, liberado pela equipe de enfermagem da instituição.

Taída da instituição 12:35hs:

Evelin Mendes Oliveira Mestrus
Enfermeira
COREN-SP 577.520

13:25 hs: Remoções realizadas com sucesso.

13:25 hs: Chegada em Residencia. *M. Amorim*

Médico Responsável

Data _____

Técnico Responsável

Danielle de Souza Oliveira
Enfermeira
COREN-SP 577.520

Data _____

Condutor Socorrista -

J. M. Amorim
Data 06/01/21