

# Ficha de Acompanhamento

os 253

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

 EMPRESA P. ARA D65

Solicitante

 Data 23.03.22

 Origem: S.C. embarco X 42V8 X

 Nome: Waldimir. DA CONCEICAO

Idade

Contato:

Sexo

 Masculino

 Feminino

SUS / CONVENIO

N/A

Nº CARTEIRINHA

N/A

- |                   |  |                                 |                                   |
|-------------------|--|---------------------------------|-----------------------------------|
| <b>Principais</b> | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Vias Livres | <input type="checkbox"/> Broncoaspiração   | <input type="checkbox"/> Edema de Glote  |
|                    | <input type="checkbox"/> Corpo estanho          |  |  |

- |                   |   |   |  |  |
|-------------------|---|---|--|--|
| <b>Respiração</b> | <input checked="" type="checkbox"/> Normal      | <input type="checkbox"/> Insufic. Resp. Aguda | <input type="checkbox"/> Parada Ventilatória | <input type="checkbox"/> Ventil Espontânea |
|                   | <input checked="" 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         |

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

- |              |                                 |                                     |                                      |                                   |                               |
|--------------|---------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| <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 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 Incompreensias 2	<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3
	<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2
		<input type="checkbox"/> Nenhuma 1

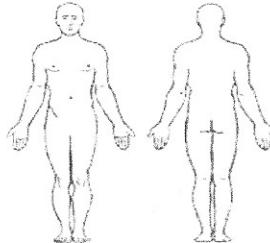
- |               |   |  |  |                                      |
|---------------|---|--|--|--------------------------------------|
| <b>Gineco</b> | <input type="checkbox"/> Abortamento Ameaça | <input type="checkbox"/> Espontâneo        | <input type="checkbox"/> Provocado         | <input type="checkbox"/> 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
	Escoriação									
TRAUMA	Cont									
	Ferim									
	Luxa									
	Frat									
	Lace									
	Secç									

controle de O2

Consumo de O2	150	140	130	120	110	QUEIMADURAS	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie
	100	90	80	70	60		I								
	50	40	30	20	10		II								
Consumo de O2	150	140	130	120	110										
	100	90	80	70	60										
	50	40	30	20	10										

Consumo de O2	150	140	130	120	110	QUEIMADURAS	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie
	100	90	80	70	60		I								
	50	40	30	20	10		II								
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 120314	km 120396	km 120485	km 120504.	
Hora 07:30	Hora 07:20 08:53	Hora 10:10 10:55	Hora 11:15	Hora
	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

Paciente q/ caga cedida de CROSS - CATE em gabinete  
 08a HHS contido, dn típico. CSST Triplo  
 989 LK073 m.  
 consciente orientado Glasgow sem dn  
 PA = 120x80 FC = 64 bpm sobr 2087. 9/02/2012/mar  
 fomholerado (3dias) na origem  
 monofônico com pt superfixo homodinâmico  
 HKUP - sem mto com oq

### 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	Lillian P. 0221
CNS: 204311009470003	
CRM/MESF: 48437	
Data	23/03/22

Enfermagem Responsável	Ent. Jefferson
Data	23/03/22

Condutor Socorrista	
Data	23/03/22