

# Ficha de Acompanhamento

BÁSICA    UTI ADULTO    UTI INFANTIL    UTI NEO    UTI ÁREA    EVENTOS    PARTICULAR    APH

EMPRESA REP. PINDA      Solicitante Andrea.      Data 08/07/21

DESTINO: C-E-5000 Rio      PARA:      Hora :

Nome: Campeonato Pau brasil Notas      Idade \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_  
 Sexo     Masculino     Feminino      Telefone :

<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 Gote
	<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"/> 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 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
--------------	---------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input type="checkbox"/> Espontânea 4 <input type="checkbox"/> voz 3 <input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Orientada 5 <input type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Palavras Improprias 3 <input type="checkbox"/> Palavras Incompreencias 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Obdece comandos 6 <input type="checkbox"/> Localiza Dor 5 <input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4 <input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3 <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"/> Parto A Termo	<input type="checkbox"/> Parto Pré - Termo	<input type="checkbox"/> Parto Pós - Termo
	<input type="checkbox"/> Metrorragia		

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

<b>Sinais Vitais e Parâmetros Evolutivos</b>						<b>QUEIMADURAS</b>	<b>Cab</b>	<b>Pesc</b>	<b>T Ant</b>	<b>Tpos</b>	<b>Perín</b>	<b>Msd</b>	<b>Mse</b>	<b>Mid</b>	<b>Mie</b>
							I								
							II								
							III								

<b>HORA</b>										
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<b>PA</b>										
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<b>FC</b>										
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<b>FR</b>										
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<b>GLASGOW</b>										
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<b>TEMP</b>										
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

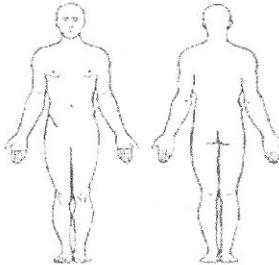
<b>Sat O2</b>										
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<b>Hgt</b>										
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<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	Chegada / Destino	Saída / Destino	Chegada / Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
106025	106041	106057		
Hora 08:45.	Hora 09:00 14:00	Hora 14:08.	Hora	Hora

## Observações Médicas

## Observações Complementares

x Início das atividades da competição às 9:00 hrs  
 Encerrado as atividades, final sem intercorrências

Médico Responsável

Data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Técnico Responsável

Marcelo C. da S. Stos

Data 03/07/21