



**REALVIDAS**  
RESCUOS E EMERGÊNCIAS 24H

# Ficha de Acompanhamento

os 280

<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"/> ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO			

EMPRESA P. SÃO JOSÉ CAMPOS

Solicitante

Michele

Data 23/09/20

Origem:

X

X

Nome: CAMPONTE BASTO

Idade \_\_\_\_\_

Contato: I \_\_\_\_\_

Sexo

Masculino

Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA \_\_\_\_\_

## Principais

Dificuldades respiratórias  Dores  Tonturas

## Queixas

Febre  Nausea  Vomitos

## Vias Aéreas

Alergia  Obstrução Parcial  Obstrução Total

Vias Livres

Corpo estanho

Broncoaspiração

Edema de Glote

## Respiração

Normal  Insufic. Resp. Aguda  Parada Ventilatória  Ventil Espontânea

Assistida

Controlada  Ritmo Irregular

Auscultação Normal

Diminuição MV

Expansibilidade Normal

Enfisema sub-cutâneo

Sibilos

à D

E

Roncos

Ausência MV

Regular

Crepitantes

à D

E

Irregular

## Circulação

Pulso Regular  Irregular  Ausente  Cheio  Fino

Parada cardíaco Respiratória

Pele Normal

Seca

Pressão Arterial Hipotensão

Choque Hipovolêmico

Edema Ausente

Palidez

Úmida

Pressão Arterial Hipertensão

Séptico

Palpebral

Anafilático

M. Inferiores

Cardiog

Anasarca

## Neuro

Normal  Sonolência  Obnubilação  Agitação  Coma

## Abertura ocular

Espontânea 4  
 voz 3  
 A dor 2  
 Nenhuma 1

## Resposta Verbal

Orientada 5  
 Confusa 4  
 Palavras Improprias 3  
 Palavras Incompreensias 2  
 Nenhuma 1

## Resposta Motora

Obdece comandos 6  
 Localiza Dor 5  
 Movimentos de retardia 4  
 Flexão Anormal 3  
 Extensão Anormal 2  
 Nenhuma 1

## Gineco

Abortamento Ameaça

Parto A Termo

Espontâneo

Parto Pré - Termo

Provocado

Metrorragia

Parto Pós - Termo

## TRAUMA

	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
	Escoriação									
	Cont									
	Ferim									
	Luxa									
	Frat									
	Lace									
	Secç									

## controle de O2

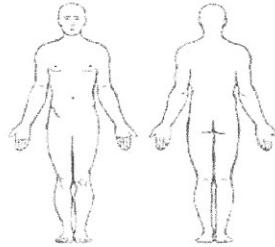
Consumo de O2	150	140	130	120	110
	100	90	80	70	60
	50	40	30	20	10

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

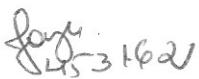
Consumo de O2	150	140	130	120	110
	100	90	80	70	60
	50	40	30	20	10

QUEIMADURAS

I				
II				
III				



## Controle de Itinerários

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 118577	km 118622	km 118633	km 118633	km 118707
Hora 7:05	Hora 7:45 09:50	Hora 10:20 10:30	Hora 10:48 11:15	Hora 18:30 19:35
	Visto 	Do. Visto Dra. <b>Douglas Passos da Silva</b> Auxiliar de Enfermagem CRM-SP 709792	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

Prescrito Diazepam 10 mg cp por painel que apresenta intenso estresse e instabilidade emocional.

Atendimento ocorreu sem intercorrências (atendido em voo)

Pedro Baldo Ribeiro

Paciente atendido em voo desde a traumato em que colidiu

Reagiu dormir em bloco sólido e referiu intenso dor com posterior

Síncope. Fonoex realizado no hospital municipal José Bonifácio

sponto cso piso setor de trauma.

Dra. Gabriela Farkas Pereira  
CRM-SP 212397

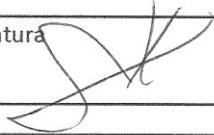
Dra. Gabriela Farkas Pereira  
CRM-SP 212397

### CONSENTIMENTO PARA TRANSPORTE PACIENTE EM AMBULÂNCIA.

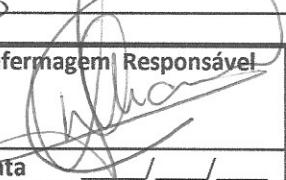
Declaro que fui orientado pelos médicos verbalmente sobre o quadro clínico do paciente.

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

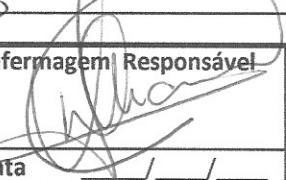
Nome <b>Karolina Castello Branco</b>	assinatura 
RG/CPF <b>28.925.577-6</b>	

**Médico Responsável**



Data **/ /**

**Enfermagem Responsável**



Data **/ /**

**Condutor Socorrista**

**Abutiam**

Data **23/10/2022**