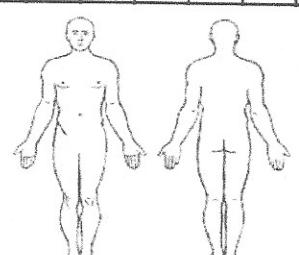




REALVIDAS
REMOÇÕES E EMERGÊNCIAS 24H

Ficha de Acompanhamento

Vol

	REALVIDAS REMOÇÕES E EMERGÊNCIAS 24H		Ficha de Acompanhamento												
<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 type="checkbox"/> PARTICULAR <input type="checkbox"/> APH															
EMPRESA <i>gevi S. CEN</i>		Solicitante <i>Gislaine</i>		Data <i>01/02/21</i>											
DESTINO: <i>JOSÉ ANTONIO Nog. M.</i>		PARA: HOSP. DO SULHO		Hora <i>16:23</i>											
Nome: <i>JOSÉ ANT. NOG - Mafachos</i>		Idade _____		Contato: _____											
Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino		<input type="checkbox"/> Feminino		Telefone: _____											
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 checked="" type="checkbox"/> Vias Livres		<input type="checkbox"/> Broncoaspiração		<input type="checkbox"/> Edema de Glote											
<input type="checkbox"/> Corpo estanho		<input type="checkbox"/> Insufic. Resp. Aguda		<input type="checkbox"/> Parada Ventilatória											
<input checked="" type="checkbox"/> Normal		<input type="checkbox"/> Controlada		<input type="checkbox"/> Ritmo Irregular											
<input type="checkbox"/> Assistida		<input type="checkbox"/> Sibilos		<input type="checkbox"/> Roncos											
<input type="checkbox"/> Ausculta Normal		<input type="checkbox"/> à D		<input type="checkbox"/> Ausência MV											
<input type="checkbox"/> Diminuição MV		<input type="checkbox"/> E		<input type="checkbox"/> Regular											
<input type="checkbox"/> Expansibilidade Normal		<input type="checkbox"/> Superficial		<input type="checkbox"/> Crepitantes											
<input type="checkbox"/> Enfisema sub-cutâneo		<input type="checkbox"/> Hemoptise		<input type="checkbox"/> à D											
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Pulso Regular		<input type="checkbox"/> Irregular		<input type="checkbox"/> E											
<input type="checkbox"/> Parada cardíaco Respiratória		<input type="checkbox"/> Ausente		<input type="checkbox"/> Cheio											
<input type="checkbox"/> Pele Normal		<input type="checkbox"/> Palidez		<input type="checkbox"/> Fino											
<input type="checkbox"/> Seca		<input type="checkbox"/> Úmida		<input type="checkbox"/> Cianose											
<input type="checkbox"/> Pressão Arterial Hipotensão		<input type="checkbox"/> Dor Torácica Típica		<input type="checkbox"/> Quente											
<input type="checkbox"/> Choque Hipovolêmico		<input type="checkbox"/> Pressão Arterial Hipertensão		<input type="checkbox"/> Fria											
<input type="checkbox"/> Edema Ausente		<input type="checkbox"/> Séptico		<input type="checkbox"/> Anafilático											
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Neuro		<input type="checkbox"/> Palpebral		<input type="checkbox"/> Cardiog											
<input type="checkbox"/> Normal		<input type="checkbox"/> M. Inferiores		<input type="checkbox"/> Anasarcia											
<input type="checkbox"/> Sonolência		<input type="checkbox"/> Obnubilação		<input type="checkbox"/> Coma											
<input checked="" type="checkbox"/> 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"/> Parto A Termo		<input type="checkbox"/> Parto Pré-Termo		<input type="checkbox"/> Parto Pós-Termo									
<input type="checkbox"/> Metrorragia															
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						I									
PA						II									
FC						III									
FR															
GLASGOW															
TEMP															
Sat O2															
Hgt															
															

Controle de Itinerários

Saída Base	Chegada / Destino	Saída / Destino	Chegada / Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
98539	98559.	98579	98586	
Hora 16:23	Hora 17:09 R: 15	Hora 17:48 19:30	Hora 20:00 20:33	Hora

Rogério Bernardes da Conceição
 Técnico de Enfermagem
 COREN-SP 001462108

Observações Médicas

Observações Complementares

Fui direto encaminhado de sua residência acamado por RMC para introdução de SNE, ao retorno do Hospital 10 de fevereiro percebi que o paciente esteve com ci desordens mentais na noite . Redirecionado ao Hospital São nova introdução.

Médico Responsável

Data

Técnico Responsável

Data

01/06/20