



Ficha de Acompanhamento

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

EMPRESA CASA DE SAÚDE Solicitante Data 29.01.2011

Origem: SANTA CASA PIÑA X X

Nome: Jerson Lopes. Idade _____ Contato: _____

Sexo

 Masculino Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

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"/> Corpo estanho	<input type="checkbox"/> Broncoaspiração	<input type="checkbox"/> Edema de Glote	
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

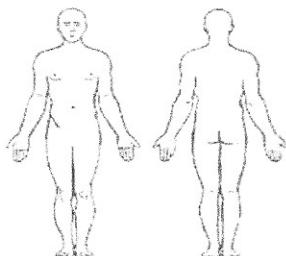
Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4 <input type="checkbox"/> voz 3 <input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5 <input type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Palavras Improprias 3 <input type="checkbox"/> Palavras Incompreensias 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Obdece comandos 6 <input checked="" 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

Gineco	<input type="checkbox"/> Abortamento Ameaça <input type="checkbox"/> Parto A Termo	<input type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> Parto Pré - Termo	<input type="checkbox"/> Provocado <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										

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt	Sinais Vitais e Parâmetros Evolutivos									
								Evolução e Conduta / Horário									
								Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie	
I																	
II																	
III																	
Consumo de O2								150	140	130	120	110					
								100	90	80	70	60					
								50	40	30	20	10					

QUEIMADURAS



Controle de Itinerários

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 114900	km 114903	km 114925	km	km
Hora 18:45	Hora 18:20 18:40	Hora 19:20 19:30	Hora	Hora
Visto <i>Leticia Anna Simplicio 2016-SP-773216-AB</i>	Visto <i>Rodrigo</i>	Visto	Visto	

Tipos de exames

CATE TOMO GTT TQT /TQM US RX RMN

Outros:

Observações Médicas / Enfermeiros

Remocão de paciente em clínica polyclínica
 Senhora Cava Piedmonte homenageada acorada
 acompanhada da sobrinha Jéssica em
 G14, corada, hidratada em seu ambiente
 Sem queixa no momento, bônus no período
 para sua viagem com probabilidade
 enfermagem em maca nova ambulância
 da, devido em residência sem interconexões
 praentar suspeita.

Médico Responsável

Data _____/_____/_____

Enfermagem Responsável

Leandra Braga
Data 29/11/2021

Condutor Socorrista

Carlos
Data 29/11/21