

**REALVIDAS**  
REMOÇÕES E EMERGÊNCIAS 24h**Ficha de Acompanhamento**

OS

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

EMPRESA

Solicitante

Data

Origem:

10 de julho

X hiperbônica

X 10 de julho

Nome:

Idade

Contato: I

Sexo

☒ Masculino☐ Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Principais

Queixas

☐ Dificuldades respiratórias☐ Febre☒ Dores☐ Nausea☐ Tonturas☐ Vômitos

Vias Aéreas

☐ Alergia☐ Vias Livres☐ Corpo estanho☐ Obstrução Parcial☐ Broncoaspiração☐ Obstrução Total☐ Edema de Glote

Respiração

☒ Normal☐ Assistida☐ Ausculta Normal☐ Diminuição MV☐ Expansibilidade Normal☐ Enfisema sub-cutâneo☐ Insufic. Resp. Aguda☐ Controlada☐ Sibilos☐ à D☐ Superficial☐ Hemoptise☐ Parada Ventilatória☐ Ritmo Irregular☐ Roncos☐ Ausência MV☐ Regular☐ Ventil Espontânea☐ Crepitanes☐ à D☐ Irregular

Circulação

☒ Pulso Regular☐ Parada cardíaca Respiratória☐ Pele Normal☐ Seca☐ Pressão Arterial Hipotensão☐ Choque Hipovolêmico☐ Edema Ausente☐ Irregular☐ Ausente☐ Cheio☐ Palidez☐ Úmida☐ Pressão Arterial Hipertensão☐ Séptico☐ Palpebral☐ Cianose☐ Dor Torácica Típica☐ Quente☐ Anafilático☐ Cardiog☐ M. Inferiores☐ Anasarca☒ Fino☐ Fria☐ Atípica

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 Incompreensões 2☐ Nenhuma 1

Resposta Motora

☒ Obedece 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☐ Parto Pós - Termo☐ Metrorragia

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

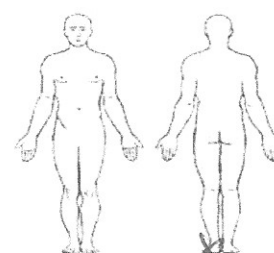
QUEIMADURAS

Cab Pesc T Ant Tpos Perín Msd Mse Mid Mie

I

II

III



## Controle de Itinerários

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
117135	117136	117155	117176	117177
Hora	Hora	Hora	Hora	Hora
8:00	8:04 8:18	8:41 11:10	11:35 11:50	12:00
	Visto	Visto	Visto	
		Patricia C. G. Foglietta Enfermeira COREN-SP 310672	Patricia C. G. Foglietta Enfermeira COREN-SP 310672	Patricia Rodrigues Marcelino Técnico de Enfermagem COREN-SP 1628750

### 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

*democão sem intercorrências*

*[Assinatura]*

### 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

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

Enfermagem Responsável

Data 31/03/2022

Condutor Socorrista

Data 31/03/22