



## Ficha de Acompanhamento

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

EMPRESA Prefeitura (Evento)

Solicitante

Data 24/10/21Origem: XXNome: Corrida no Parque da CidadeContato: 1Sexo  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 type="checkbox"/> Vias Livres	<input type="checkbox"/> Broncoaspiração	<input type="checkbox"/> Edema de Glote												
	<input type="checkbox"/> Corpo estanho														
Respiração	<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"/> Regular	<input type="checkbox"/> E											
	<input type="checkbox"/> Enfisema sub-cutâneo	<input type="checkbox"/> Hemoptise		<input type="checkbox"/> Irregular											
Circulação	<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											
Neuro	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Sonolência	<input type="checkbox"/> Obnubilação	<input type="checkbox"/> Agitação	<input type="checkbox"/> Coma										
Abertura ocular	<input type="checkbox"/> Espontânea 4	<input type="checkbox"/> Resposta Verbal	<input type="checkbox"/> Orientada 5	<input type="checkbox"/> Resposta Motora	<input 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 Improprias 3		<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4										
	<input type="checkbox"/> Nenhuma 1		<input type="checkbox"/> Palavras Incompreensias 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"/> Metrorragia											
	<input type="checkbox"/> Parto A Termo	<input type="checkbox"/> Parto Pré - Termo	<input type="checkbox"/> Parto Pós - Termo												
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															
PA															
FC															
FR															
GLASGOW															
TEMP															
Sat O2															
Hgt															
Consumo de O2	150	140	130	120	110										
	100	90	80	70	60										
	50	40	30	20	10										

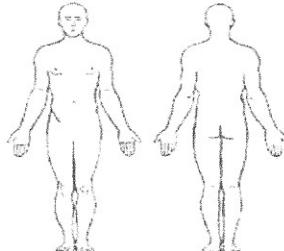
QUEIMADURAS

Cab Pesc T Ant Tpos Perín Msd Mse Mid Mie

I

II

III



## Controle de Itinerários

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 113 193.	km 113 206	km 113 211	km	km
Hora 06:30.	Hora 7:00 12:00	Hora	Hora	Hora
Visto	Visto	Visto	Visto	

### Tipos de exames

CATE    TOMO    GTT    TQT /TQM    US    RX    RMN

Outros: \_\_\_\_\_

### Observações Médicas / Enfermeiros

7:00h - Início do cobertura no parque do bairro para o evento de corrida com atletas e equipe a pronto atendimento  
 12:00 h: - Término do evento Sem intercorrências

**Médico Responsável**

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

**Enfermagem Responsável**

Reinaldo Henrique Leite Monteiro  
Técnico em Enfermagem  
COREN SP 102700

Data 24/10/2021

**Condutor Socorrista**

Wellington

Data 24/10/2021