

Ficha de Acompanhamento

<input type="checkbox"/> BÁSICA	<input type="checkbox"/> UTI ADULTO	<input checked="" type="checkbox"/> UTI INFANTIL	<input type="checkbox"/> UTI NEO	<input type="checkbox"/> UTI ÁREA	<input 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"/> INTERNAÇÃO		

EMPRESA SANTA CASA Bertioga Solicitante DR. FERNANDO DO Data 11.11.21

Origem: SANTA CASA PINHA x SANTA CASA SJC x

Nome: ANNE L. ALEXANDER Vilela de Oliveira Idade 2A Contato:

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO SANTA CASA SÁ DE

Nº CARTEIRINHA 3118000169116

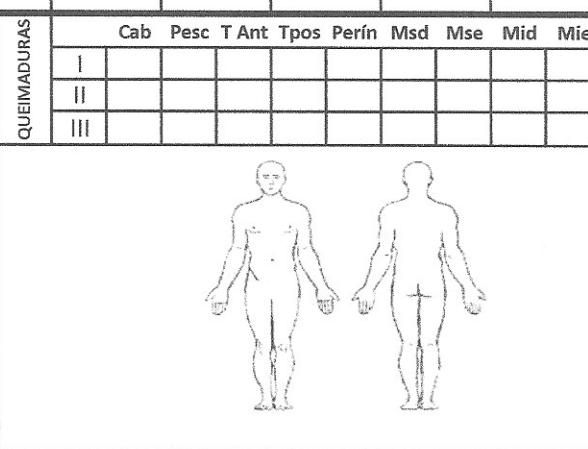
Principais	<input type="checkbox"/> Dificuldades respiratórias	<input type="checkbox"/> Dores	<input type="checkbox"/> Tonturas	<input checked="" type="checkbox"/> Desaturação
Queixas	<input type="checkbox"/> Febre	<input checked="" type="checkbox"/> Nausea	<input type="checkbox"/> Vomitos	<input checked="" type="checkbox"/> Febre <input checked="" type="checkbox"/> TCE
Vias Aéreas	<input type="checkbox"/> Alergia	<input type="checkbox"/> Obstrução Parcial	<input type="checkbox"/> Obstrução Total	
	<input type="checkbox"/> Vias Livres			
	<input type="checkbox"/> Corpo estanho	<input type="checkbox"/> Broncoaspiração	<input type="checkbox"/> Edema de Glote	
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"/> à 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"/> 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 checked="" type="checkbox"/> Sonolência	<input type="checkbox"/> Obnubilação	<input type="checkbox"/> Agitação
				<input type="checkbox"/> Coma <u>Hidrocefálio</u>

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input type="checkbox"/> Espontânea 4 <input checked="" type="checkbox"/> voz 3 <input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input 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
	<u>SENTO AÍ AÍ VAI AÍ</u>	<u>RASS - 3</u>

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									

Sinais Vitais e Parâmetros Evolutivos					QUEIMADURAS	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie
Evolução e Conduta / Horário						I								
						II								
					III									
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									



Controle de Itinerários

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 114311	km 114318	km 114373	km 114431	
Hora 03:10	Hora 03:15	Hora 04:30 - 04:45	Hora 05:30	Hora
Visto Carolina Maranhão Rodrigues Enfermeira COREN-SP 53.81762	Visto Paulo Americo de Oliveira R.F: 32.626.528-22 COREN-SP 184020	Visto	Visto	

Tipos de exames

CATE TOMO GTT TQT /TQM US RX RMN

Outros:

Observações Médicas / Enfermeiros

3:15 Pôrto Acolhimento da criança, filhos foram para medicina Dr. Lili e consulta de gatos. (Gato de 2 anos) Quadro de alteração de nível de consciência, caracterizado por espasmos sic eletro-convulsivo. Quadro com vômitos, sanguinante e TCE. Subjetiva a exantema e analíticos normais (Dr. Fernando e, Dr. Valiceu Marques) que solicitem transferência à Santa Casa STC. Foram dados de hidrocor, lis + 1 val e ua craviana. Apresentou voracidade com jato no período e febre. No momento PA. 80 x 50

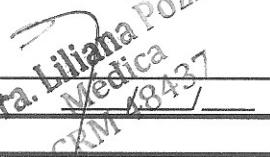
FC 136 SAT 98%. Com máscara não foi nenhuma das 6 linhas limpa. Sobre p/ exame p/ Santa Casa de São Vicente para máscara para infantil

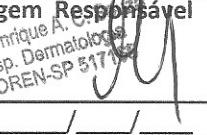
4:12 SAT 99%, FC 128 bpm, DA 81 x 52 FR 30. Entregue máscara p/ Dr. Lili e SL p/ m.

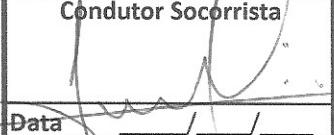
4:45 Pausa p/ plantas à Enfermeira Paula e Interno. Dr. Henrique A. C. Souza Esp. Dermatologista COREN-SP 51716

SEM INTENÇÕES
DRA. LILIANA POZZI
Médica
CRM 48437

Dr. Henrique A. C. Souza
Esp. Dermatologista
COREN-SP 51716

Médico Responsável	
	
Data _____	
CRM 48437	

Enfermagem Responsável	
	
Dr. Henrique A. C. Souza Esp. Dermatologista COREN-SP 51716	
Data _____	

Condutor Socorrista	
	
Data _____	