



REALVIDAS
PREMIOS E EMERGENCIAS 24H

Ficha de Acompanhamento

os

<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"/> EVENTOS	<input type="checkbox"/> PARTICULAR	<input type="checkbox"/> APH
<input checked="" type="checkbox"/> EXAMES	<input checked="" type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO				

EMPRESA *H. 10 Sulho*

Solicitante *Andrea*

Data *23/11/21*

Origem: *H. 10 Sulho* X HYPERBARICA

X *H. 10 Sulho*

Nome: *Bento Alvarenga*

Idade *65*

Contato: I

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"/> 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"/> Assistida	<input type="checkbox"/> Controlada	<input type="checkbox"/> Ritmo Irregular
	<input type="checkbox"/> Auscultação Normal	<input type="checkbox"/> Sibilos	<input type="checkbox"/> Roncos
	<input type="checkbox"/> Diminuição MV	<input type="checkbox"/> à D	<input type="checkbox"/> E
	<input type="checkbox"/> Expansibilidade Normal	<input type="checkbox"/> Superficial	<input type="checkbox"/> Ausência MV
	<input type="checkbox"/> Enfisema sub-cutâneo	<input type="checkbox"/> Hemoptise	<input type="checkbox"/> Regular
Circulação	<input checked="" type="checkbox"/> Pulso Regular	<input type="checkbox"/> Irregular	<input type="checkbox"/> Ausente
	<input type="checkbox"/> Parada cardíaco Respiratória	<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Cheio
	<input type="checkbox"/> Pele Normal	<input type="checkbox"/> Quente	<input type="checkbox"/> Fino
	<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Úmida	<input type="checkbox"/> Fria
	<input type="checkbox"/> Pressão Arterial Hipotensão	<input type="checkbox"/> Dor Torácica Típica	<input type="checkbox"/> Atípica
	<input type="checkbox"/> Choque Hipovolêmico	<input type="checkbox"/> Pressão Arterial Hipertensão	<input type="checkbox"/> Cardiog
	<input type="checkbox"/> Edema Ausente	<input type="checkbox"/> Séptico	<input type="checkbox"/> Anafilático
		<input type="checkbox"/> Palpebral	<input type="checkbox"/> M. Inferiores
			<input type="checkbox"/> Anasarca

Neuro Normal Sonolência Obnubilação Agitação 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 Incompreensas 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input checked="" type="checkbox"/> Obdece comandos 6 <input 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

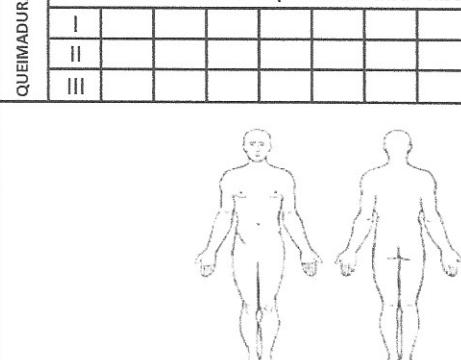
Gineco	<input type="checkbox"/> Abortamento Ameaça	<input type="checkbox"/> Espontâneo	<input type="checkbox"/> Provocado	<input type="checkbox"/> Metrorragia
	<input type="checkbox"/> Parto A Termo	<input type="checkbox"/> Parto Pré - Termo	<input type="checkbox"/> Parto Pós - Termo	

TRAUMA	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
	Escoriação									
Cont										
Ferim										
Luxa										
Frat										
Lace										
Secç										

Consumo de O2	controle de O2					QUEIMADURAS	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie
	150	140	130	120	110		I								
	100	90	80	70	60		II								
	50	40	30	20	10		III								

Consumo de O2	150	140	130	120	110	QUEIMADURAS	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie
	100	90	80	70	60		I								
	50	40	30	20	10		II								
	150	140	130	120	110		III								

Consumo de O2	150	140	130	120	110	QUEIMADURAS	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie
	100	90	80	70	60		I								
	50	40	30	20	10		II								
	150	140	130	120	110		III								



Controle de Itinerários

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
114238	114240	114238	114280	
Hora	Hora	Hora	Hora	Hora

(maria)

Visto
Tatiana S. Ruiz
RG: 27.025.470-5

Visto
maria

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

10:06 h - Transferido do cliente para maca e embarcado no viatura sem intervenção
 10:40 h - Entregue aos cuidados da equipe do hipobarômetro sem intervenção
 13:25 h - Encarregado cliente na viatura e segue sem intervenção
 13:50 h - Entregue a equipe do enfermagem da Hospital sem intervenção

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

Reinaldo Henrique Leite Monteiro
Técnico em Enfermagem
COPEN SP 152199

Data 29/11/21

Condutor Socorrista

Everton
Data 23/11/21