



REALVIDAS
REMOÇÕES E EMERGENCIAS 24H

Ficha de Acompanhamento

OS

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

EMPRESA HOSP. 10.05.74 Solicitante ELIAC. Data 18.03.74.

Origem: 10.05.74 X hiperbarica X 10 de julho

Nome: UNIMED. NACIONAL Idade Contato:

Sexo ☒ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO Nº CARTEIRINHA

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

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

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

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

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 Incompreensivas 2
☐ Nenhuma 1

Resposta Motora
☒ Obcede comandos 6
☐ Localiza Dor 5
☐ Movimentos de retardia 4
☐ Flexão Anormal 3
☐ Extensão Anormal 2
☐ Nenhuma 1

Gineco ☐ Abortamento Ameaça ☐ Espontâneo ☐ Provocado ☐ Metrorragia
☐ Parto A Termo ☐ Parto Pré - Termo ☐ Parto Pós - Termo

| | Descrição | Crâ | Face | Col | Tór | Bac | Msd | Mse | Mid | Mie |
|--------|------------|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| TRAUMA | 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 |

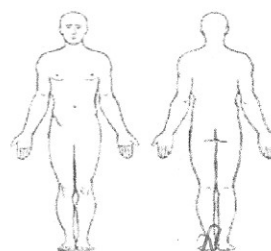
| | | | | | |
|---------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| Consumo de O2 | 150 | 140 | 130 | 120 | 110 |
| | 100 | 90 | 80 | 70 | 60 |
| | 50 | 40 | 30 | 20 | 10 |

| | | | | | |
|---------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| Consumo de O2 | 150 | 140 | 130 | 120 | 110 |
| | 100 | 90 | 80 | 70 | 60 |
| | 50 | 40 | 30 | 20 | 10 |

QUEIMADURAS

Cab Pesc T Ant Tpos Perin Msd Mse Mid Mie

| | | | | | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| I | | | | | | | | | |
| II | | | | | | | | | |
| III | | | | | | | | | |



Controle de Itinerários

| Saída Base | Origem | Destino | Destino | Chegada Base |
|------------|--|-------------------------------------|--|--------------|
| km | km | km | km | km |
| 120133 | 120136 | 120168 | 120187 | 120188 |
| Hora | Hora | Hora | Hora | Hora |
| 08:00 | 08:05 08:28 | 08:45 11:50 11:50 | 11:31 11:40 | 11:50 |
| | Visto ÉRIKA MACIEL DOS SANTOS COREN-SP 167197E | Visto Talita RG: 27.025.470-5 | Visto ÉRIKA MACIEL DOS SANTOS COREN-SP 167197E | |

Tipos de exames

☐ CATE
 ☐ TOMO
 ☐ GTT
 ☐ TQT/TQM
 ☐ US
 ☐ RX
 ☐ RMN
 ☐ CPRS
 ☒ T.C. HIPER.

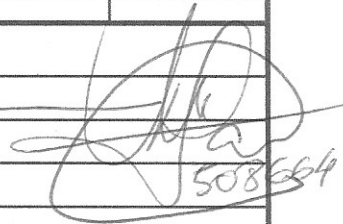
Outros:

Sinais Vitais e Parâmetros Evolutivos e Conduta / Horário

| | | | | | | | |
|---------|-------|--|--|--|--|--|--|
| HORA | | | | | | | |
| PA | 40/20 | | | | | | |
| FC | 80 | | | | | | |
| FR | 15 | | | | | | |
| GLASGOW | | | | | | | |
| TEMP | | | | | | | |
| Sat O2 | 92 | | | | | | |
| Hgt | | | | | | | |

Observações Médicas / Enfermeiros

Remoção sem intercorrências


 508664

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 ____/____/____

Condução Socorrista

Data ____/____/____