



**REALVIDAS**  
REMOÇÕES E EMERGÊNCIAS 24h

## Ficha de Acompanhamento

os

- |                                 |  |  |  |                                   |                                     |                                     |                              |
|---------------------------------|--|--|--|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|
| <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 JALPMED. Solicitante Luis M. S. Data 23.03.22

Origem: X

Nome: Miguel do Santos Idade 12 Contato: 1

Sexo  Masculino  Feminino

SUS / CONVENIO \_\_\_\_\_ Nº CARTEIRINHA \_\_\_\_\_

<b>Principais</b>	<input type="checkbox"/> Dificuldades respiratórias	<input type="checkbox"/> Dores	<input type="checkbox"/> Tonturas
<b>Queixas</b>	<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Nausea	<input type="checkbox"/> Vomitos

<b>Vias Aéreas</b>	<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
	<input type="checkbox"/> Corpo estanho		

<b>Respiração</b>	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Insufic. Resp. Aguda	<input type="checkbox"/> Parada Ventilatória	<input type="checkbox"/> Ventil Espontânea
	<input checked="" 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"/> Ausência MV	<input type="checkbox"/> E
	<input type="checkbox"/> Enfisema sub-cutâneo	<input type="checkbox"/> Hemoptise	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Irregular

<b>Circulação</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Pulso Regular	<input type="checkbox"/> Irregular	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Cheio	<input checked="" type="checkbox"/> Fino
	<input type="checkbox"/> Parada cardíaco Respiratória	<input type="checkbox"/> Palidez	<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Quente	<input type="checkbox"/> Fria
	<input type="checkbox"/> Pele Normal	<input type="checkbox"/> Úmida	<input type="checkbox"/> Dor Torácica Típica		<input type="checkbox"/> Atípica
	<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Pressão Arterial Hipotensão	<input type="checkbox"/> Séptico	<input type="checkbox"/> Anafilático	<input type="checkbox"/> Cardiog
	<input type="checkbox"/> Pressão Arterial Hipotensão	<input type="checkbox"/> Palpebral	<input type="checkbox"/> M. Inferiores	<input type="checkbox"/> Anasarca	
	<input type="checkbox"/> Choque Hipovolêmico				
	<input type="checkbox"/> Edema Ausente				

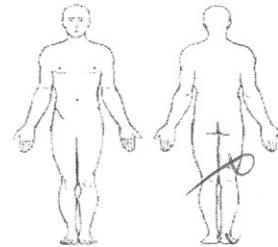
<b>Neuro</b>	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Sonolência	<input type="checkbox"/> Obnubilação	<input type="checkbox"/> Agitação	<input type="checkbox"/> Coma
--------------	---------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------

<b>Abertura ocular</b>	<b>Resposta Verbal</b>	<b>Resposta Motora</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4	<input type="checkbox"/> Orientada 5	<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 checked="" type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Palavras Incompreencias 2	<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3
	<input checked="" type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2
		<input type="checkbox"/> Nenhuma 1

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

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

controle de O2						QUEIMADURAS	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie
<b>Consumo de O2</b>	150	140	130	120	110		I								
	100	90	80	70	60		II								
	50	40	30	20	10		III								
<b>Consumo de O2</b>	150	140	130	120	110										
	100	90	80	70	60										
	50	40	30	20	10										
<b>Consumo de O2</b>	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	km	km	km	km
120533	120645	120671	120705	120808
Hora	Hora	Hora	Hora	Hora
06:10	07:50	09:10	10:55	14:30
	08:15	10:18	11:03	
	Visto	Visto	Visto	
	Jaili Santos	Jaili Santos	Jaili Santos	

### 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

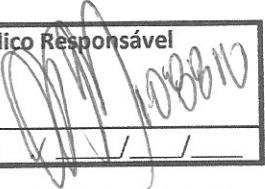
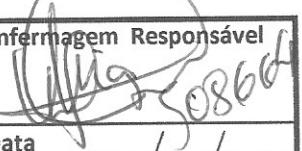
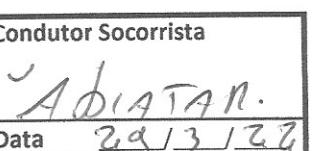
Paciente acomodado em Cama hospitalar, em uso de TQT e ausculta BNP + 2+ S/S, GTT, MIO com lesão de vésica fratura escoriação na dia 21/03/2022, uso de traseira, SSUU, PA: 100x60, SG: 136, FR: 21, T: 36.7, Sat: 96% acomodado dí em Maca para transporte Sem Intercorrências.

### 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 <u>Luciana V. do Santos</u>	assinatura <u>lucianasantos</u>
RG/CPF <u>22.055.808</u>	
<div style="display: inline-block; width: 30%; vertical-align: top;"> <b>Médico Responsável</b>    Data <u>/ /</u> </div> <div style="display: inline-block; width: 30%; vertical-align: top;"> <b>Enfermagem Responsável</b>    Data <u>/ /</u> </div> <div style="display: inline-block; width: 30%; vertical-align: top;"> <b>Condutor Socorrista</b>    Data <u>29/3/22</u> </div>	