



# Ficha de Acompanhamento

<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 type="checkbox"/> EXAMES	<input type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR		<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR		<input type="checkbox"/> INTERNADA		

EMPRESA CASE & SUDÉ Solicitante NAYRA Data 27/10/21

Origem: Perímetro Icaraí x INMEO Icaraí x Perímetro Icaraí

Nome: Daina Fernandes Souza Idade 17 Contato: \_\_\_\_\_

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 type="checkbox"/> Vias Livres				
	<input type="checkbox"/> Corpo estanho	<input type="checkbox"/> Broncoaspiração	<input type="checkbox"/> Edema de Gote		
Respiração	<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"/> 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

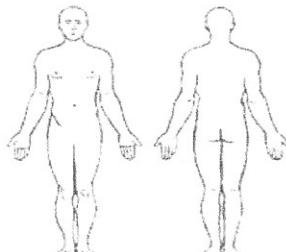
Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input type="checkbox"/> Espontânea 4 <input type="checkbox"/> voz 3 <input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Orientada 5 <input type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Palavras Improprias 3 <input type="checkbox"/> Palavras Incompreensões 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input 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"/> 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 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									
	106	90	80	76	60									
	50	40	30	20	10									

QUEIMADURAS



## Controle de Itinerários

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 113211	km 113267	km 113270	km 113272	km 113326
Hora 05:55	Hora 6:55 07:05	Hora 07:15. 08:10	Hora 9:15 9:25	Hora 10:15
Visto	Visto <i>Lucas da Silva COREN-SP 439215 - ENF</i>	Visto <i>Bruna Leal Ferreira COREN-SP 1328800-7E</i>		

### Tipos de exames

CATE     TOMO     GTT     TQT /TQM     US     RX     RMN

Outros:

### Observações Médicas / Enfermeiros

7:00 h - Cliente acamado vestindo roupão de banho com grade e colchão elevado, faz uso de troquiorromp, tremiado (cliente para maco tem auxílio dos tec. Enfermagem responsável) e Envolvendo a mama no viâncio sem interconvenio e segue ao destino acompanhado pelo mãe e Tec. Enfermagem responsável

7:15h - Entregue cliente a equipe do Enfermagem do Hospital Unimed, segue acompanhado pelo mãe e Tec. Enf. responsável pelo mesmo, sem interconvenio

9:10 h - Realizado troco de troquio sem interconvenio e cliente é liberado para casa (alta) sem interconvenio até o momento

9:20h - Cliente entregue em sua residencia sem interconvenio

Médico Responsável

Data \_\_\_\_\_

Enfermagem Responsável

*Reinaldo Henrique Leite Monteiro*  
Técnico em Enfermagem  
COREN-SP 1521350

Data 07/10/21

Condutor Socorrista

*XX/10/21*