

**REALVIDAS**
REMOÇÕES E EMERGÊNCIAS 24h

Ficha de Acompanhamento

OS

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

EMPRESA MED SALVA

Solicitante

Data 02/01/2022Origem: HOSP. PEDI GALVÃO QUARX HOSP. FRANCISCO ASSIS SAC XNome: Vicente Idade _____ Contato: 01349091087630120Sexo ☒ Masculino ☐ FemininoSUS / CONVENIO Subsídio Nº CARTEIRINHA _____**Principais****Queixas**☒ Dificuldades respiratórias☐ Dores☐ Tonturas☐ Febre☐ Náusea☐ Vômitos**Vias Aéreas**☐ Alergia☐ Obstrução Parcial☐ Obstrução Total☒ Vias Livres☐ Corpo estanho☐ Broncoaspiração☐ Edema de Glote**Respiração**☐ Normal☐ Insufic. Resp. Aguda☐ Parada Ventilatória☐ Ventil Espontânea☒ Assistida☐ Controlada☐ Ritmo Irregular☐ Ausculta Normal☐ Sibilos☐ Roncos☐ Crepitações☐ 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 Hipotensão☐ Pressão Arterial Hipertensão☐ 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 Incompreensíveis 2☐ Nenhuma 1**Resposta Motora**☐ Obedece 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**TRAUMA****Descrição****Crã****Face****Col****Tór****Bac****Msd****Mse****Mid****Mie****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

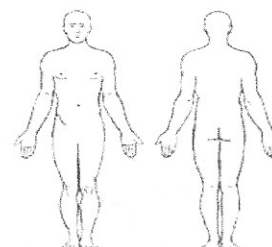
10

QUEIMADURAS**Cab Pesc T Ant Tpos Perin Msd Mse Mid Mie**

I

II

III



Marta da Penha S. O. Donacilio

Enfermeira

COREN 495597

Controle de Itinerários

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 116550	km FREI 116592	km SÃO FRANCISCO 116693	km BASE 116768	km
Hora 2:30	Hora 3:12 4:00	Hora 5:20 5:45	Hora 7:00	Hora
	Visto	Visto	Visto	

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	400	430	500				
PA							
FC	140	136	133				
FR	42	42	42				
GLASGOW	15	15	15				
TEMP							
Sat O2	88	99	97				
Hgt							

Observações Médicas / Enfermeiros

19 2m 4d, prematuro, 2,8 kg e quadro respi-
 ratório + 107 + V.C.N. sob oxigenação contínua
 sedos e fentanil.

Manuseio OSM e mds pelo durante transporte
 por reação ao tubo.

sem intercorrências vitais
 entregue aos cuidados da equipe

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 Lilliam Ma Stos Gonçalves Pereira

RG/CPF 326 266 428 - 60

Assinatura

Maria

Médico Responsável
 Lilliam Ma Stos
 CNS: 204311009470003
 CREMESP: 48431
 Data ____/____/____

Enfermagem Responsável
 da Penha S. O. Donatillo
 Enfermeira
 COREN 495594
 Data ____/____/____

Conductor Socorrista
 Data 02/01/22