



REALVIDAS
REMONDOS E EMERGÊNCIAS 24h

Ficha de Acompanhamento

<input 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"/> INTERNAÇÃO		

EMPRESA Governo do Estado do Paraná Solicitante _____ Data 20/01/21

Origem: X X

Nome: Futsal Feminino Paulista Idade _____ Contato: _____

Sexo

Masculino

Feminino

SUS / CONVENIO _____ Nº CARTEIRINHA _____

Principais Queixas	<input type="checkbox"/> Dificuldades respiratórias <input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Dores <input type="checkbox"/> Nausea	<input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Vomitos		
Vias Aéreas	<input type="checkbox"/> Alergia <input type="checkbox"/> Vias Livres <input type="checkbox"/> Corpo estanho	<input type="checkbox"/> Obstrução Parcial <input type="checkbox"/> Broncoaspiração	<input type="checkbox"/> Obstrução Total <input type="checkbox"/> Edema de Glote		
Respiração	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Assistida <input type="checkbox"/> Ausculta Normal <input type="checkbox"/> Diminuição MV <input type="checkbox"/> Expansibilidade Normal <input type="checkbox"/> Enfisema sub-cutâneo	<input type="checkbox"/> Insufic. Resp. Aguda <input type="checkbox"/> Controlada <input type="checkbox"/> Sibilos <input type="checkbox"/> à D <input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Hemoptise	<input type="checkbox"/> Parada Ventilatória <input type="checkbox"/> Ritmo Irregular <input type="checkbox"/> Roncos <input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ventil Espontânea <input type="checkbox"/> Crepitantes <input type="checkbox"/> à D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> Irregular	
Circulação	<input type="checkbox"/> Pulso Regular <input type="checkbox"/> Parada cardíaco Respiratória <input type="checkbox"/> Pele Normal <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Pressão Arterial Hipotensão <input type="checkbox"/> Choque Hipovolêmico <input type="checkbox"/> Edema Ausente	<input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Pressão Arterial Hipertensão <input type="checkbox"/> Séptico <input type="checkbox"/> Palpebral	<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Dor Torácica Típica <input type="checkbox"/> Anafilático <input type="checkbox"/> M. Inferiores	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Cardiog <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 Incompreensias 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

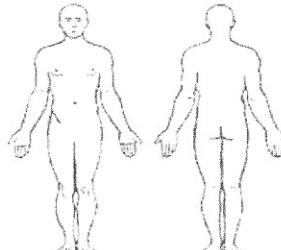
Gineco	<input type="checkbox"/> Abortamento Ameaça <input type="checkbox"/> Parto A Termo	<input type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> Parto Pré - Termo	<input type="checkbox"/> Provocado <input type="checkbox"/> Parto Pós - Termo	<input type="checkbox"/> Metrorragia
---------------	---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

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										
	100	90	80	70	60										
	50	40	30	20	10										

QUEIMADURAS

I									
II									
III									



Controle de Itinerários

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 113707	km 223710	km 113 714	km	km
Hora 18:45	Hora 19:00 21:00	Hora 12:15	Hora	Hora
Visto <i>J. M. Marinho</i>	Visto	Visto	Visto	

Tipos de exames

CATE TOMO GTT TQT / TQM US RX RMN

Outros:

Observações Médicas / Enfermeiros

19:00h - Início do Campeonato paulista de Futsal feminino com a cobertura de Viaturs - equipe do Ipiranga
21:00h - Término do jogo sem intercorrência

Médico Responsável

Data _____ / _____ / _____

Enfermagem Responsável

Reinaldo Henrique Leite Monteiro
Técnico em Enfermagem
COREN-SP 1521280

Data *20/10/01*

Condutor Socorrista

Data _____ / _____ / _____