



REALVIDAS
REMOÇÕES E EMERGÊNCIAS 24H

Ficha de Acompanhamento

BÁSICA UTI ADULTO UTI INFANTIL UTI NEO UTI ÁREA PARTICULAR APH

EMPRESA CPSD.S. Solicitante MAYARA MARIANO Data 19.03.21

DESTINO: CAMPOS DOS GOYTACAZINHOS PARA: HOSP. JOSE JULIO, Hora 01:03.

Nome: MAYARA APARECIDA RAMOS, Idade _____ Contato: _____

Sexo Masculino Feminino Telefone :

Principais	<input checked="" 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"/> Broncoaspiração	<input type="checkbox"/> Edema de Glote
	<input type="checkbox"/> Corpo estanho		

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"/> Ausência MV	<input type="checkbox"/> à D
	<input type="checkbox"/> Expansibilidade Normal	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> E
	<input type="checkbox"/> Enfisema sub-cutâneo	<input type="checkbox"/> Superficial		<input type="checkbox"/> Irregular
		<input type="checkbox"/> Hemoptise		

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 checked="" 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	<input type="checkbox"/> Resposta Verbal	<input type="checkbox"/> Resposta Motora
<input checked="" type="checkbox"/> Esportânea 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 type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Palavras Incompreensias 2	<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3
	<input checked="" type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2
		<input type="checkbox"/> Nenhuma 1

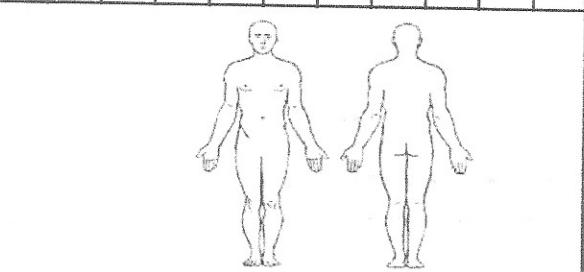
Gineco	<input type="checkbox"/> Abortamento Ameaça	<input type="checkbox"/> Espontâneo	<input type="checkbox"/> Provocado
	<input type="checkbox"/> Parto A Termo	<input type="checkbox"/> Parto Pré - Termo	<input type="checkbox"/> Parto Pós - Termo
	<input type="checkbox"/> Metrorragia		

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
	I								
	II								
III									

HORA	10:00	11:45				
PA	1016	9x6				
FC						
FR						
GLASGOW						
TEMP						
Sat O2	94%	96%				
Hgt						



Controle de Itinerários

Saída Base km	Chegada / Destino km	Saída / Destino km	Chegada / Destino km	Chegada Base km
98678	99724	98770	98818	98862
07:05	08:13 09:25	10:25	12:25 12:55	13:40
050032 COREN-SP 731.369				

Observações Médicas

Observações Complementares

Recebo paciente em maca, pectoral direito de F1/20, mantendo traqueia, SVD e QTD, sinais vitais estáveis 110/75/70, sem ocorrência de hipotensão arterial.
 Obs: Em tempo instilado ÁH em 2ml/h...

Médico Responsável

Data

Técnico Responsável


 Adriano Gavão
 Auxiliar de Enfermagem
 COREN-SP 788.958

Data