



**REALVIDAS**  
REMOÇÕES E EMERGÊNCIAS 24H

# Ficha de Acompanhamento

OS

- |                                 |  |   |                                  |                                     |                                    |                                     |                              |
|---------------------------------|--|---|----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|
| <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 checked="" type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR |                                  | <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO | <input type="checkbox"/> SIV - INT |                                     |                              |

EMPRESA CASA DE SAÚDE Solicitante \_\_\_\_\_ Data 12/07/22

Origem: Sis. São Pedro x Perímetro Sul x

Nome: VELD PEREGRIN DE BANOS Idade 97. Contato: \_\_\_\_\_

Sexo  Masculino

Feminino

SUS / CONVENIO \_\_\_\_\_

Nº CARTEIRINHA \_\_\_\_\_

**Principais**

Dificuldades respiratórias

Dores

Tonturas

**Queixas**

Febre

Nausea

Vomitos

**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

Rúicos

Ciepitantes

Diminuição MV

à D

E

à D

Expansibilidade Normal

Superficial

Regular

E

Enfisema sub-cutâneo

Hemoptise

Irregular

**Circulação**

Pulso Regular

Irregular

Ausente

Cheio

Fino

Parada cardíaco Respiratória

Palidez

Cianose

Quente

Fria

Pele Normal

Úmida

Dor Torácica Típica

Atípica

Seca

Pressão Arterial Hipertensão

Séptico

Anafilático

Cardiog

Pressão Arterial Hipotensão

Palpebral

M. Inferiores

Choque Hipovolêmico

M. Superficiais

Anasarca

Edema Ausente

**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 Incompreensias 2
- Nenhuma 1

**Resposta Motora**

- Obdece 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**

**Crâ**

**Face**

**Col**

**Tór**

**Bac**

**Msd**

**Mse**

**Mid**

**Mie**

**Escoriação**

**Cont**

**Ferim**

**Luxa**

**Frat**

**Lace**

**Secç**

**QUEIMADURAS**

**Cab** **Pesc** **T Ant** **Tpos** **Perín** **Msd** **Mse** **Mid** **Mie**

I								
II								
III								

**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

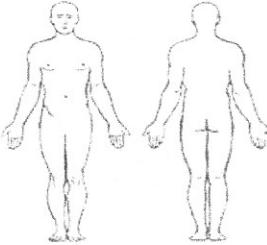
50 40 30 20 10

**Consumo de O2**

150 140 130 120 110

100 90 80 70 60

50 40 30 20 10



## Controle de Itinerários

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
125892	155900	125916	125938	
Hora	Hora	Hora	Hora	Hora
15:25	15:49	16:55	18:10	
	16:29	17:17		
	Visto	Visto <i>Leandro</i>	Visto	

### Tipos de exames

CATE    TOMO    GTT    TQT / TQM    US    RX    RMN    CPRS    T. C. HIPER.

Outros: *Acto Aspiratório*

### Sinais Vitais e Parâmetros Evolutivos e Conduta / Horário

HORA	15:30	16:40	16:55					
PA	110x80	128x88	140x90					
FC	87	82	89					
FR	19	20	20					
GLASGOW								
TEMP	36.1	36.1	36.1					
Sat O2	90	92	94					
Hgt								

### Observações Médicas / Enfermeiros

*Ricebido paciente em leito, desorientado e não responde fazendo o uso SNG viares naturais estavam acompanhada pelo cidadão. Transporte sem intercorrências, manutenção de sinal vital durante todo o transporte estável*

*- Recebida pela família, encaminhada até o leito havendo difícil acesso mas realizado sem exato*

### 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 *Simone Lopes Moraes* assinatura *Simone Lopes Moraes*  
RG/CPFJ *33.910.744-0-8* / *326.048.518-06* / *Simone Lopes Moraes*

Médico Responsável

Data */ /*

Enfermagem Responsável

Data *12/07/22*

Condutor Socorrista

*Fábio*

Data *12/07/22*

*12-07-22*