



## 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 checked="" type="checkbox"/> EXAMES	<input type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR		<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR		<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO		

EMPRESA Wos. 10 Julho Solicitante Oris Data 18/11/2011Origem: Hospital 10 Julho x Liberdade x Hospital 10 JulhoNome: Bento Alvarango Idade 65 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 checked="" type="checkbox"/> Vias Livres		
	<input type="checkbox"/> Corpo estanho	<input type="checkbox"/> Broncoaspiração	<input type="checkbox"/> Edema de Glote

Respiração	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Insufic. Resp. Aguda	<input type="checkbox"/> Parada Ventilatória	<input type="checkbox"/> Ventil Espontânea
	<input 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"/> Ausência MV	<input type="checkbox"/> E
	<input type="checkbox"/> Enfisema sub-cutâneo	<input type="checkbox"/> Hemoptise	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Irregular

Circulação	<input checked="" type="checkbox"/> Pulso Regular	<input type="checkbox"/> Irregular	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Fino
	<input checked="" 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	

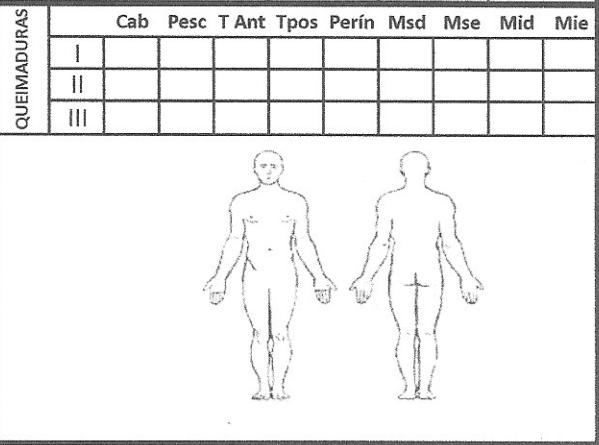
Neuro	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Sonolência	<input type="checkbox"/> Obnubilação	<input type="checkbox"/> Agitação	<input type="checkbox"/> Coma
-------	---------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------

Abertura ocular	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4	<input checked="" type="checkbox"/> Resposta-Verbal	<input checked="" type="checkbox"/> Resposta-Motora
	<input type="checkbox"/> voz 3	<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5	<input type="checkbox"/> Obdece comandos 6
	<input type="checkbox"/> A dor 2	<input type="checkbox"/> Confusa 4	<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5
	<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Palavras Improprias 3	<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4
		<input type="checkbox"/> Palavras Incompreensias 2	<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3
		<input 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"/> Metrorragia
	<input type="checkbox"/> Parto A Termo	<input type="checkbox"/> Parto Pré - Termo	<input type="checkbox"/> Parto Pós - Termo	

TRAUMA	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
	Escoriação									
	Cont									
	Ferim									
	Luxa									
	Frat									
	Lace									
	Secç									

HORA	PA	FC	FR	Sinais Vitais e Parâmetros Evolutivos					QUEIMADURAS	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie
				Evolução e Conduta / Horário														
GLASGOW																		
TEMP																		
Sat O2																		
Hgt																		
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 114063	km 114065	km 114086	km 114106	km 114110
Hora 9:55	Hora 10:07 20:30	Hora 10:35 13:30	Hora 13:55 14:00h	Hora 14:05
Visto Karla	Visto Steffany R. Rebeca Moretti Aux. Enfermagem COREN-SP-852979	Visto Karla		

### Tipos de exames

CATE     TOMO     GTT     TQT /TQM     US     RX     RMN

Outros:

### Observações Médicas / Enfermeiros

10:07 h - Transportado cliente para maca e Realizado o embarque do mesmo sem intercorrência e segue o caminho do Hospitalício

13:27 Terminou da H. hospitalício, transportado cliente para maca e encaminhado para visitas com destino H10 sulho

Médico Responsável

Data \_\_\_\_\_

Enfermagem Responsável

Data 18/11/2011

Condutor Socorrista

Data 18/11/2011