



## Ficha de Acompanhamento

BÁSICA  UTI ADULTO  UTI INFANTIL  UTI NEO  UTI ÁREA  EVENTOS  PARTICULAR  APH  
 EXAMES  TRASFERÊNCIA HOSPITALAR  ALTA HOSPITALAR  INTERNAÇÃO

EMPRESA

Particular

Solicitante

Rose

Data 05.10.12

Origem: Perímetro Rural x Hospital Sudoeste

X

Nome: JOSÉ ANTONIO

Idade

Contato: 1

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 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 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 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 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	Resposta Verbal			Resposta Motora											
<input type="checkbox"/> Espontânea 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 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															
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									

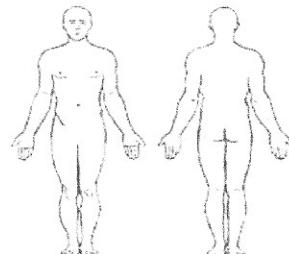
QUEIMADURAS

Cab Pesc T Ant Tpos Perín Msd Mse Mid Mie

I

II

III



## Controle de Itinerários

Saída Base	Chegada / Destino	Saída / Destino	Chegada / Destino	Chegada Base
km 112148.	km 112167	km 112186	km	km
Hora 15:15	Hora 15:45 16:20.	Hora 16:40	Hora	Hora
Visto Suellen M. dos Santos Téc. de Enfermagem COREN-SP 788.782 <i>Suellen</i>	Visto	Visto	Visto	

### Tipos de exames

CATE  TOMO  GTT  TQT/TQM  US  RX  RMN

Outros:

### Observações Médicas / Enfermeiros

15:45h - Cliente encontrou-se em repouso no leito com grades e colchão elevados, em An. Ambientes. Téc. Enfermagem responsável relatou que do de Soturno, Apesar de soluço do mesmo apresentando 85%, vermelho, febril, mantendo gástricose, e curativo occlusivo no calcanhar.

16:00h - Oferende cliente no motor com auxílio do carro de transporte e família e embordo cliente no Ambulâncias sem intercorrência até o momento.

16:40h - Entregue cliente a equipe do Enfermagem do Emergencia sem intercorrência.

Médico Responsável

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Enfermagem Responsável

Data *05/10/21*

Condutor Socorrista

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_