

**REALVIDAS**  
REMOÇÕES E EMERGÊNCIAS 24h**Ficha de Acompanhamento**

OS

☒ BÁSICA ☐ UTI ADULTO ☐ UTI INFANTIL ☐ UTI NEO ☐ UTI ÁREA ☐ EVENTOS ☐ PARTICULAR ☐ APH  
☐ EXAMES ☐ TRASFERÊNCIA HOSPITALAR ☒ ALTA HOSPITALAR ☐ INTERNAÇÃO ☐ SIV - INT

EMPRESA CASA & SAÚDE

Solicitante

Data 12/07/22Origem: Sr. José Ricardo X Perimetro Torácico XNome: VELSO PEREIRA DE BARROS Idade 97 Contato: !

Sexo

☐ Masculino☒ Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

**Principais****Queixas**☒ Dificuldades respiratórias☐ Dores☐ Tonturas☐ Febre☐ Nausea☐ Vômitos**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☐ Roncos☐ Crepitações☐ Diminuição MV☐ à D☐ E☐ Ausência MV☐ à D☐ E☐ Expansibilidade Normal☐ Superficial☐ Regular☐ Irregular☐ Enfisema sub-cutâneo☐ Hemoptise**Circulação**☒ Pulso Regular☐ Irregular☐ Ausente☐ Cheio☐ Fino☐ Parada cardíaca Respiratória☐ Palidez☐ Cianose☐ Quente☐ Fria☐ Pele Normal☐ Úmida☐ Dor Torácica Típica☐ Atípica☐ Seca☐ Pressão Arterial Hipertensão☐ Pressão Arterial Hipotensão☐ Séptico☐ Anafilático☐ Cardiog☐ Choque Hipovolêmico☐ Palpebral☐ M. Inferiores☐ 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 Impróprias 3☐ Palavras Incompreensões 2☐ Nenhuma 1**Resposta Motora**☐ Obedece 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

Frai

Lace

Secç

**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

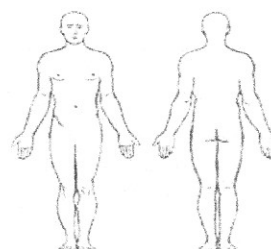
20

10

QUEIMADURAS

Cab Pesc T Ant Tpos Perín Msd Mse Mid Mie

I									
II									
III									



## 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 16:29	16:55 17:17	18:10	
	Visto	Visto	Visto	
		<i>[assinatura]</i>		

### Tipos de exames

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

Outros: *Agta Hospitalar*

### 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

Recebido paciente em leito, desorientada e não responsiva  
 fazendo o uso SNE sinais vitais estáveis acompanhada  
 pelo cuidador. Transporte sem intercorrências, manten-  
 do sinais vitais durante todo o transporte estável  
 Recebida pela família, encaminhada até o leito  
 havendo difícil acesso mas realizado sem efeito

### 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 Confalau* / *Jaice morais*      assinatura *[assinatura]*  
 RG/CPF *33904446-8* / *326.048518.06*

Médico Responsável

Data

Enfermagem Responsável

Data

Condutor Socorrista

Data

12-07-22