



**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

EMPRESA PINDA

Solicitante

Data 22-5-22

Origem:

PINDA

X PINDA - EVENTO X

Nome: MARCONI

Idade

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 Gote

**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"/> Irrregular

**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"/> Palidez	<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Quente	<input type="checkbox"/> Fria
<input type="checkbox"/> Pele Normal	<input type="checkbox"/> Úmida	<input type="checkbox"/> Dor Torácica Típica		<input type="checkbox"/> Atípica
<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Pressão Arterial Hipotensão	<input type="checkbox"/> Séptico	<input type="checkbox"/> Anafilático	<input type="checkbox"/> Cardiog
<input type="checkbox"/> Pressão Arterial Hipotensão	<input type="checkbox"/> Pressão Arterial Hipertensão	<input type="checkbox"/> Palpebral	<input type="checkbox"/> M. Inferiores	<input type="checkbox"/> Anasarca
<input type="checkbox"/> Choque Hipovolêmico	<input type="checkbox"/> M. Inferiores			
<input type="checkbox"/> 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 Incompreensas 2  
 Nenhuma 1

**Resposta Motora**

Obdece comandos 6  
 Localiza Dor 5  
 Movimentos de retardia 4  
 Flexão Anormal 3  
 Extensão Anormal 2  
 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
	<b>Escoriação</b>									
	<b>Cont</b>									
	<b>Ferim</b>									
	<b>Luxa</b>									
	<b>Frat</b>									
	<b>Lace</b>									
	<b>Secç</b>									

**controle de O2**

Consumo de O2	150	140	130	120	110
	100	90	80	70	60
	50	40	30	20	10

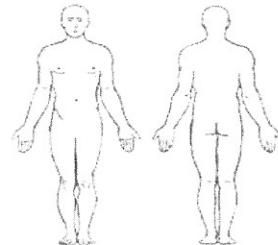
Consumo de O2	150	140	130	120	110
	100	90	80	70	60
	50	40	30	20	10

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 121159	km Pinha 121173	km 121201	km 121246	km
Hora 6:15	Hora 6:25 9:30	Hora 10:07 C. D. SORRIO-	Hora 15:00	Hora
Visto	Visto 14:00 129	Visto	Visto	

### Tipos de exames

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

Outros:

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

HORA								
PA								
FC								
FR								
GLASGOW								
TEMP								
Sat O2								
Hgt								

### Observações Médicas / Enfermeiros

SEM INFORMAÇÕES

### 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	assinatura
RG/CPF	

Médico Responsável

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

Enfermagem Responsável

Élvia Fonseca

Data 22/05/2022

Condutor Socorrista

Thiago

Data 06/05/2022