



REALVIDAS
EMOCIONES E ENERGÍAS 24H

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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
EMPRESA <u>Hospital 10 Julho</u>				Solicitante <u>Gris</u>		Data <u>17.11.21</u>									
Origem: <u>Hospital 10 Julho</u> x <u>Hiperbarico</u>				x <u>Hospital 10 Julho</u>											
Nome: <u>Bento Alvesnaga</u>				Idade <u>65</u>		Contato: I									
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino		<input type="checkbox"/> Feminino		SUS / CONVENIO _____ N° CARTEIRINHA <u>000431017600000 17</u>											
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"/> Broncoaspiração		<input type="checkbox"/> Edema de Glote									
Respiração		<input type="checkbox"/> Normal		<input type="checkbox"/> Insufic. Resp. Aguda		<input type="checkbox"/> Parada Ventilatória									
		<input type="checkbox"/> Assistida		<input type="checkbox"/> Controlada		<input type="checkbox"/> Ritmo Irregular									
		<input type="checkbox"/> Auscultação Normal		<input type="checkbox"/> Sibilos		<input type="checkbox"/> Roncos									
		<input type="checkbox"/> Diminuição MV		<input type="checkbox"/> à D		<input type="checkbox"/> Ausência MV									
		<input type="checkbox"/> Expansibilidade Normal		<input type="checkbox"/> Superficial		<input type="checkbox"/> Regular									
		<input type="checkbox"/> Enfisema sub-cutâneo		<input type="checkbox"/> Hemoptise		<input type="checkbox"/> Crepitantes									
Circulação		<input checked="" type="checkbox"/> Pulso Regular		<input type="checkbox"/> Irregular		<input type="checkbox"/> à D									
		<input type="checkbox"/> Parada cardíaco Respiratória		<input type="checkbox"/> Ausente		<input type="checkbox"/> E									
		<input type="checkbox"/> Pele Normal		<input type="checkbox"/> Cheio		<input type="checkbox"/> Fino									
		<input type="checkbox"/> Seca		<input type="checkbox"/> Palidez		<input type="checkbox"/> Quente									
		<input type="checkbox"/> Pressão Arterial Hipotensão		<input type="checkbox"/> Cianose		<input type="checkbox"/> Fria									
		<input type="checkbox"/> Choque Hipovolêmico		<input type="checkbox"/> Úmida		<input type="checkbox"/> Dor Torácica Típica									
		<input type="checkbox"/> Edema Ausente		<input type="checkbox"/> Pressão Arterial Hipertensão		<input type="checkbox"/> Atípica									
				<input type="checkbox"/> Séptico		<input type="checkbox"/> Cardiog									
				<input type="checkbox"/> Palpebral		<input type="checkbox"/> M. Inferiores									
				<input type="checkbox"/> Nenhuma 1		<input type="checkbox"/> Anasarca									
Neuro		<input type="checkbox"/> Normal		<input type="checkbox"/> Sonolência		<input type="checkbox"/> Obnubilação									
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Agitação									
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Coma									
Abertura ocular		Resposta Verbal				Resposta Motora									
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4		<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5				<input checked="" 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								

Controle de Itinerários

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
114015	114016	14035	114055	114060
Hora 10:00	Hora 10:10 10:15	Hora 10:40 13:30	Hora 13:50 14:05	Hora 14:10
Visto Tatiana T. S. Ruiz RG: 27.025.470-5	Visto Tatiana T. S. Ruiz RG: 27.025.470-5	Visto	Visto	
Tipos de exames				
<input type="checkbox"/> CATE	<input type="checkbox"/> TOMO	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT /TQM	<input type="checkbox"/> US
<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> RMN			

Outros:

Observações Médicas / Enfermeiros

10:15h - Transferido cliente para maca e realizado embarque sem interlocução na viatura e segue o caminho da clínica Hyperbarica — n —

10:40h - Entregue o mesmo transferido para codina de todos a equipe do Clínico sem interlocução até o momento — n —

13:30h - Transferido cliente para maca e realização do embarque do mesmo na viatura sem interlocução até o momento — n —

14:05h - Entregue a equipe do enfermagem sem interlocução — n —

Médico Responsável
Data _____

Enfermagem Responsável
Reinaldo Henrique Leite Monteiro
Técnico em Enfermagem
COREN SP 1521280
Data 17/11/21

Condutor Socorrista
Herivelto Ribeiro
Data 17/11/2021