

Ficha de Acompanhamento

OS

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

EMPRESA

CASS

Solicitante

REBOM

Data

27-09-22

 Origem: *Rescue Care Kids x 9 de julho SD x Premium Care*

 Nome: *Meire Kumi Saroya* Idade 59 Contato: 1

Sexo

 Masculino

 Feminino

SUS / CONVENIO

CASS

 Nº CARTEIRINHA 110110700284000
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
 Normal

 Insufic. Resp. Aguda

 Parada Ventilatória

 Ventil Espontânea

 Assistida

 Controlada

 Ritmo Irregular

 Ausculta Normal

 Sibilos

 Roncos

 Crepitantes

 Diminuição MV

 à D

 E

 Expansibilidade Normal

 Superficial

 Regular

 à D

 Enfisema sub-cutâneo

 Hemoptise

 E

 Hemoptise

 Irregular

Circulação
 Pulso Regular

 Irregular

 Ausente

 Cheio

 Fino

 Parada cardíaco Respiratória

 Palidez

 Cianose

 Quente

 Fria

 Pele Normal

 Úmidão

 Dor Torácica Típica

 Atípica

 Seca

 Pressão Arterial Hipertensão

 Séptico

 Cardiog

 Pressão Arterial Hipotensão

 Palpebral

 M. Inferiores

 Anasarcia

 Choque Hipovolêmico

 Edema Ausente

Neuro
 Normal

 Sonolência

 Obrnubilação

 Agitação

 Coma

Abertura ocular
 Espontânea 4
 voz 3
 A dor 2
 Nenhuma 1

Resposta Verbal
 Orientada 5
 Confusa 4
 Palavras Improprias 3
 Palavras Incompreensias 2
 Nenhuma 1

Resposta Motora
 Obdece 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
Frat
Lace
Secç
QUEIMADURAS
Cab
Pesc
T Ant
Tpos
Perín
Msd
Mse
Mid
Mie
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

Consumo de O2

150

140

130

120

110

100

90

80

70

60

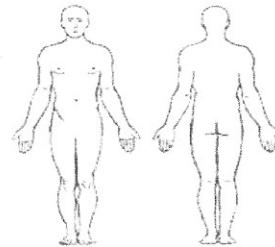
50

40

30

20

10

I
II
III


Controle de Itinerários

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
118 812	118 973	118 990	119 001	119 173
Hora 9:30	Hora 7:25 9:05	Hora 9:49 10:30	Hora 11:04 11:20	Hora 13:50

Visto Samilla Santana da Silva
COREN-SP-677.971-ENF

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

Finalizado transporte de paciente p/ hospital
9 de julho para HC de Coluna sem intercorrências

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

Data

Condutor Socorrista

Abiatan

Data 07/10/2016