



REALVIDAS
PROMOÇÕES E EMERGÊNCIAS 24h

Ficha de Acompanhamento

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

EMPRESA Hosp. 20 Sul/HC Solicitante CRESS Data 19/11/02

Origem: Hospital 20 Sulho x AeroBrasa x Hospital 20 Sulho

Nome: Bento Alvarango Idade _____ Contato: _____

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 checked="" type="checkbox"/> Vias Livres	<input type="checkbox"/> Broncoaspiração	<input type="checkbox"/> Edema de Glote
	<input type="checkbox"/> Corpo estanho		

Respiração	<input checked="" 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"/> Auscultia 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 checked="" 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 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 Incompreencias 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	

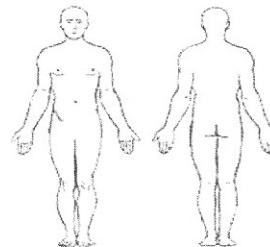
TRAUMA	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
	Escoriação									
	Cont									
	Ferim									
	Luxa									
	Frat									
	Lace									
	Secç									

controle de O2					QUEIMADURAS	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie
----------------	--	--	--	--	-------------	-----	------	-------	------	-------	-----	-----	-----	-----

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

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

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



Controle de Itinerários

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 114114	km 119126	km 114145	km 114167	
Hora 9:50	Hora 10:00 10:15	Hora 10:40 13:20	Hora 13:45 13:55	Hora
	Visto Monica Zanon Ferreira da Silva COREN-SP 688754-ENF <i>monica</i>	Visto Tatiana T. S. Ruiz RG: 27.025.470-5 <i>Tatiana</i>	Visto Monica Zanon Ferreira da Silva COREN-SP 688754-ENF <i>monica</i>	

Tipos de exames

CATE TOMO GTT TQT /TOM US RX RMN

Outros:

Sinais Vitais e Parâmetros Evolutivos e Conduta / Horário

HORA							
PA							
FC							
FR							
GLASGOW							
TEMP							
Sat O2							
Hgt							

Observações Médicas / Enfermeiros

10:15 h - Transferido cliente para maca e embrulhado o mesmo no viatutto sem intervenção ate o momento segue a caminho a hiperloja *[signature]*
 10:40 h - Transferido cliente para cadeira de rodas e segue aos cuidados da equipe do hiperloja *[signature]*
 13:20 h - término do procedimento, transferido cliente para maca e embrulhado no viatutto com destino ao Hospital 10 julho *[signature]*
 13:55 h - Entre que paciente o equipe do enfermagem ser intervenção *[signature]*

Médico Responsável

Data 19/11/21

Enfermagem Responsável

Data 19/11/21

Condutor Socorrista

Herivelto Ribeiro
Data 19/11/2021