

Ficha de Acompanhamento

OS

- | | | | | | | | |
|---------------------------------|--|--|-------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> BÁSICA | <input checked="" 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 type="checkbox"/> EXAMES | <input type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR | <input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR | <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO | <input type="checkbox"/> SIV - INT | | | |

EMPRESA

Roland

Solicitante

Data 24/08/02

Origem:

X

X

Nome: Futebol Feminino SC.

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 Glote

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

 Irregular

Circulação
 Pulso Regular

 Irregular

 Ausente

 Cheio

 Fino

 Parada cardíaco Respiratória

 Pele Normal

 Palidez

 Cianose

 Quente

 Fria

 Seca

 Úmida

 Dor Torácica Típica

 Atípica

 Pressão Arterial Hipotensão

 Pressão Arterial Hipertensão

 Choque Hipovolêmico

 Séptico

 Anaflítico

 Cardiog

 Edema Ausente

 Palpebral

 M. Inferiores

 Anasarca

Neuro
 Normal

 Sonolência

 Obnubilação

 Agitação

 Coma

Abertura ocular

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Espontânea 4 | <input type="checkbox"/> Orientada 5 |
| <input type="checkbox"/> voz 3 | <input type="checkbox"/> Confusa 4 |
| <input type="checkbox"/> A dor 2 | <input type="checkbox"/> Palavras Impropriias 3 |
| <input type="checkbox"/> Nenhuma 1 | <input type="checkbox"/> Palavras Incompreencias 2 |
| | <input type="checkbox"/> Nenhuma 1 |

Resposta Verbal

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Orientada 5 |
| <input type="checkbox"/> Confusa 4 |
| <input type="checkbox"/> Palavras Impropriias 3 |
| <input type="checkbox"/> Palavras Incompreencias 2 |
| <input type="checkbox"/> Nenhuma 1 |

Resposta Motora

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Obdece comandos 6 |
| <input type="checkbox"/> Localiza Dor 5 |
| <input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4 |
| <input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3 |
| <input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2 |
| <input type="checkbox"/> 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
controle de O2
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

Consumo de O2

150

140

130

120

110

100

90

80

70

60

50

40

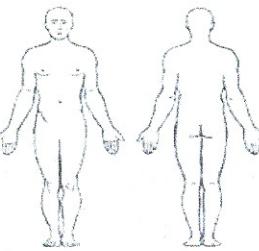
30

20

10

20

10



Controle de Itinerários

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
127602.	127675	127721		
Hora	Hora	Hora	Hora	Hora
12:00	13:00 17:30	18:00 18:40		
	Visto	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

*Evento espontâneo em São José Campos com
SAÍDA AS 12:00hs de Taubaté com DURAÇÃO de
6hr chegada AS 18:10hs sem qualquer
interrupção*

*12/08/2022
DPM/2022*

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 <i>Heverton R. Ribeiro</i>	Enfermagem Responsável <i>Heverton R. Ribeiro Edsonio / Socorrismo / Emergência COREN-SP 447208</i>	Condutor Socorrista
Data	12/08/22	Data