

**REALVIDAS**  
REMOÇÕES E EMERGÊNCIAS 24h

# Ficha de Acompanhamento

OS

☒ BÁSICA ☐ UTI ADULTO ☐ UTI INFANTIL ☐ UTI NEO ☐ UTI ÁREA ☒ EVENTOS ☐ PARTICULAR ☐ APH  
☐ EXAMES ☐ TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR ☐ ALTA HOSPITALAR ☐ INTERNAÇÃO ☐ SIV - INT

EMPRESA P. P. INDA.

Solicitante \_\_\_\_\_

Data 01.7.22.Origem: PARQUE DA CIDADE X

X

Nome: ANIELISMA DE SAUDE

Idade \_\_\_\_\_

Contato: \_\_\_\_\_

Sexo

☒ Masculino☒ FemininoSUS / CONVENIO N/ANº CARTEIRINHA N/A**Principais****Queixas**☐ Dificuldades respiratórias☐ Dores☐ Tonturas☐ Febre☐ Nausea☐ Vômitos**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☐ Crepitações☐ Diminuição MV☐ à D☐ E☐ Ausência MV☐ à D☐ E☐ Expansibilidade Normal☐ Superficial☐ Regular☐ Irregular☐ Enfisema sub-cutâneo☐ Hemoptise**Circulação**☐ Pulso Regular☐ Irregular☐ Ausente☐ Cheio☐ Fino☐ Parada cárdio Respiratória☐ Palidez☐ Cianose☐ Quente☐ Fria☐ Pele Normal☐ Úmida☐ Dor Torácica Típica☐ Atípica☐ Seca☐ Pressão Arterial Hipotensão☐ Pressão Arterial Hipertensão☐ Choque Hipovolêmico☐ Séptico☐ Anafilático☐ Cardiog☐ Edema Ausente☐ Palpebral☐ M. Inferiores☐ Anasarca**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 Incompreensões 2☐ Nenhuma 1**Resposta Motora**☐ Obedece 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****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

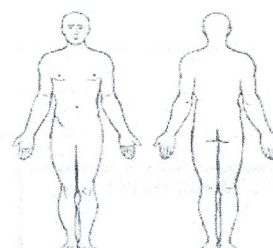
10

**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 122951	km 122955	km 122959	km	km
Hora 17:40	Hora 17:45 00:08	Hora 00:20	Hora	Hora
	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

*San Intercomunicar*

*[Assinatura]*

### 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

Conductor Socorrista

Data

*abla + AR.*

*07 / 07 / 22*