



**REALVIDAS**  
REMOÇÕES E EMERGÊNCIAS 24H

# Ficha de Acompanhamento

OS

<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"/> INTERNAÇÃO		

EMPRESA M&D SALVATSolicitante LUIZ

Data \_\_\_\_\_

Origem: SANTA CASA CRUZ, X CLÍNICO CLVS MEDICINA X SANTA CASA CRUZ 2010Nome: Maria Auxiliadora Evangelista Batista Idade 60 Contato: \_\_\_\_\_Sexo  Masculino FemininoSUS / CONVENIO SUL AMERICANº CARTEIRINHA 582 01349 00302913002

Principais	<input type="checkbox"/> Dificuldades respiratórias	<input type="checkbox"/> Dores	<input checked="" 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"/> Corpo estanho	<input type="checkbox"/> Broncoaspiração	<input type="checkbox"/> Edema de Gote

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"/> Ausculta 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"/> Irrregular

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
-------	---------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------

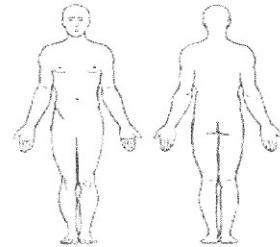
Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4 <input type="checkbox"/> voz 3 <input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5 <input type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Palavras Improprias 3 <input type="checkbox"/> Palavras Incompreensias 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input checked="" 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	<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	Description	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
	Escoriação									
Cont										
Ferim										
Luxa										
Frat										
Lace										
Secç										

Consumo de O2	controle de O2					QUEIMADURAS	Cab				
	150	140	130	120	110		Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd
	100	90	80	70	60						Mse
	50	40	30	20	10					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						
	50	40	30	20	10						

Quemaduras	Cap	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie
I									
II									
III									



Sce.

## Controle de Itinerários

soc.

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
114556	114640	114640,5	114641	114631
Hora	Hora	Hora	Hora	Hora
12:30	14:20 14:45	14:50 15:00	17:10 17:25	19:00
	Visto	Visto	Visto	
	Enfermeira Ana Paula Batista COREN-SP 60114 - Enfermeira Região Metropolitana de São Paulo 1655362	Enfermeira Beatriz Paulino das Neves COREN-SP 60114 - Enfermeira Região Metropolitana de São Paulo 1655362	Enfermeira Beatriz Paulino das Neves COREN-SP 60114 - Enfermeira Região Metropolitana de São Paulo 1655362	

## 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
	13x 8						
	48						
	20						
	15						
	37						
	97						
	89						

## Observações Médicas / Enfermeiros

Recebo paciente consciente, com toda montagem porometro na mai  
na cia da irma, para realização de exames em clinica  
junto ao paciente.

## 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: M.º Das Gracas Enfermeira  
RG/CPF: 14471901818 assinatura  
M.º Das Gracas

Médico Responsável

Data: 1/1/21

Enfermeiro Responsável

Região Metropolitana de São Paulo  
Técnico de Enfermagem  
Reg. 179323  
Data: 17/12/21

Condutor Socorrista

João  
Data: 21/12/21