

**REALVIDAS**
REMOÇÕES E EMERGÊNCIAS 24h**Ficha de Acompanhamento**

OS

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

EMPRESA CASSI 022.104493760 Solicitante _____ Data 13.04.22Origem: HOSP. VALENÇA R.S. X HOSP. MONTE SINAI XNome: ALBERTO MYRKO OLIVEIRA SANTOS Idade _____ Contato: I _____Sexo ☒ Masculino ☐ FemininoSUS / CONVENIO CASSI Nº CARTEIRINHA 03000032175 00002

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
☒ Diminuição MV ☐ à D ☐ E ☐ Ausência MV ☐ Crepítantes
☐ Expansibilidade Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular
☐ Enfisema sub-cutâneo ☐ Hemoptise

Circulação
☒ Pulso Regular ☐ Irregular ☐ Ausente ☐ Cheio ☒ Fino
☐ Parada cardíaca Respiratória ☐ Palidez ☐ Cianose ☐ Quente ☒ Fria
☒ Pele Normal ☐ Úmida ☐ Dor Torácica Típica ☐ Atípica
☐ Seca ☐ Pressão Arterial Hipertensão
☐ Pressão Arterial Hipotensão ☐ Séptico ☐ Anafilático ☐ Cardiog
☐ Choque Hipovolêmico ☐ Palpebral ☐ M. Inferiores ☐ Anasarca
☐ Edema Ausente

Neuro ☐ Normal ☐ Sonolência ☐ Obnubilação ☐ Agitação ☐ Coma

Abertura ocular

☒ Espontânea 4
☐ voz 3
☐ A dor 2
☐ Nenhuma 1

Resposta Verbal

☐ Orientada 5
☒ Confusa 4
☐ Palavras Impróprias 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 |

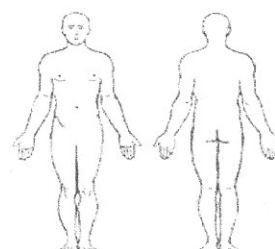
| | | | | | |
|---------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| Consumo de O2 | 150 | 140 | 130 | 120 | 110 |
| | 100 | 90 | 80 | 70 | 60 |
| | 50 | 40 | 30 | 20 | 10 |

| | | | | | |
|---------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| 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 120835 | km 121101 | km 121212 | km 121589 | km |
| Hora 21:06 | Hora 00:30 01:15 | Hora 03:50 04:30 | Hora 08:30 | Hora |
| | Visto Aline de O. R. A. do Vale COREN/RJ 759.286 Japoraile | Visto Elaine S. Agnácio TÉC. ENFERMAGEM COREN-MG 956.165 | 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 | 00:40 | | | | | | |
| PA | 100x60 | | | | | | |
| FC | 66 | | | | | | |
| FR | 15 | | | | | | |
| GLASGOW | 14 | | | | | | |
| TEMP | 36.3 | | | | | | |
| Sat O2 | 98 | | | | | | |
| Hgt | | | | | | | |

Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente em Leito de Clínica Médica REG, lote Glasgow 14, port. queixoso, com queda de B por desidratação, Mantendo AUP em antebraço (E) por dispendioso dupla via não agulhada 5/10/23, realizada remoção 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

Enfermeiro Responsável

Condutor Socorrista

Data

Data

Data