

**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

EMPRESA HOSP. UNIMED.

Solicitante

Data 25.03.22Origem: 10 de julho x hipertênica X 10 de julhoNome: André Guerreiro de Melo

Idade

Contato: 1

Sexo

☒ Masculino☐ FemininoSUS / CONVENIO Unimed NacionalNº CARTEIRINHA 08650015665008**Principais****Queixas**☐ Dificuldades respiratórias☒ Dores☐ Tonturas☐ Febre☐ Náusea☐ 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 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 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****Crã****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

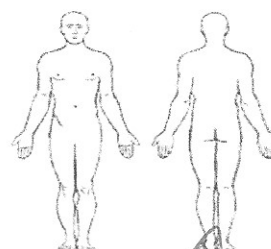
QUEIMADURAS

Cab Pesc T Ant Tpos Perín Msd Mse Mid Mie

I

II

III



Controle de Itinerários

| Saída Base | Origem H | Destino C | Destino H | Chegada Base B |
|--------------|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------|
| km 116924 | km 116926 | km 116945 | km 116965 | km 116967 |
| Hora 8:00 | Hora 8:05 - 8:25 | Hora 8:40 11695 | Hora 11:45 11:55 | Hora 12:00 |
| | Visto Jacqueline Ferreira de Souza Enfermeira COREN-SP-641599 | Visto Amela C. O. Foglieni Enfermeira COREN-SP-310672 | Visto Jacqueline Ferreira de Souza Enfermeira COREN-SP-641599 | |

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 | 110x60 | | | | | | |
| FC | 90 | | | | | | |
| FR | 18 | | | | | | |
| GLASGOW | 15 | | | | | | |
| TEMP | 36.3 | | | | | | |
| Sat O2 | 93 | | | | | | |
| Hgt | | | | | | | |

Observações Médicas / Enfermeiros

Recebo paciente com curativo a vácuo em MIO parcialmente descolado e com secreção feroz sangue no leito, realizado a remoção até clínica hiperbarica, onde aparelho acurava vácuo de vácuo ao redor para Origem no dutoamento da Meca para cada vácuo, o vácuo se desprendeu totalmente, infirmo enfermeira Jacqueline que irá comunicar e pedir a substituição do mesmo por mais para o momento.

508664

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

Enfermeira Responsável

Data

Condutor Socorrista

Data