



Ficha de Acompanhamento

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

EMPRESA Particular Solicitante _____ Data 28.08.21

Origem: X Contato: X

Nome: Rally Off Road Idade _____ Contato: I

Sexo

 Masculino Feminino

SUS / CONVENIO _____ Nº CARTEIRINHA _____

| | | | |
|------------|---|---------------------------------|-----------------------------------|
| Principais | <input type="checkbox"/> Dificuldades respiratórias | <input type="checkbox"/> Dores | <input 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 type="checkbox"/> Vias Livres | | |
| | <input type="checkbox"/> Corpo estanho | <input type="checkbox"/> Broncoaspiração | <input type="checkbox"/> Edema de Glote |

| | | | | |
|------------|---|---|--|--|
| Respiração | <input 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"/> Regular | <input type="checkbox"/> E |
| | <input type="checkbox"/> Enfisema sub-cutâneo | <input type="checkbox"/> Hemoptise | | <input type="checkbox"/> Irregular |

| | | | | | |
|--|---|---|--|----------------------------------|----------------------------------|
| Circulação | <input 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 |
|-------|---------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|

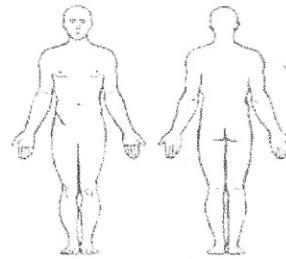
| | | |
|---------------------------------------|--|---|
| Abertura ocular | <input type="checkbox"/> Resposta Verbal | <input type="checkbox"/> Resposta Motora |
| <input type="checkbox"/> Espontânea 4 | <input type="checkbox"/> Orientada 5 | <input type="checkbox"/> Obdece comandos 6 |
| <input type="checkbox"/> voz 3 | <input type="checkbox"/> Confusa 4 | <input type="checkbox"/> Localiza Dor 5 |
| <input type="checkbox"/> A dor 2 | <input type="checkbox"/> Palavras Improprias 3 | <input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4 |
| <input type="checkbox"/> Nenhuma 1 | <input type="checkbox"/> Palavras Incompreensias 2 | <input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3 |
| | <input type="checkbox"/> Nenhuma 1 | <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 | Descrição | Crâ | Face | Col | Tór | Bac | Msd | Mse | Mid | Mie |
| | Escoriação | | | | | | | | | |
| | Cont | | | | | | | | | |
| | Ferim | | | | | | | | | |
| | Luxa | | | | | | | | | |
| | Frat | | | | | | | | | |
| | Lace | | | | | | | | | |
| | Secç | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|-------------|-----|------|-------|------|-------|-----|-----|-----|-----|
| Sinais Vitais e Parâmetros Evolutivos Evolução e Conduta / Horário | | | | | | QUEIMADURAS | Cab | Pesc | T Ant | Tpos | Perín | Msd | Mse | Mid | Mie |
| HORA | | | | | | | | | | | | | | | |
| PA | | | | | | | | | | | | | | | |
| FC | | | | | | | | | | | | | | | |
| FR | | | | | | | | | | | | | | | |
| GLASGOW | | | | | | | | | | | | | | | |
| TEMP | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sat O2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hgt | | | | | | | | | | | | | | | |
| Consumo de O2 | 150 | 140 | 130 | 120 | 110 | | | | | | | | | | |
| | 100 | 90 | 80 | 70 | 60 | | | | | | | | | | |
| | 50 | 40 | 30 | 20 | 10 | | | | | | | | | | |

QUEIMADURAS



Controle de Itinerários

| Saída Base | Chegada / Destino | Saída / Destino | Chegada / Destino | Chegada Base |
|--------------|-------------------|-----------------|-------------------|--------------|
| km 110045 | km 110054 | km 110063 | km | km |
| Hora | Hora | Hora | Hora | Hora |
| 10:37 | 11:00 14:00 | 11:06 | | |

Tipos de exames

CATE

TOMO

TQT /TQM

US

RX

RMN

Outros:

Observações Médicas / Enfermeiros

11:00 h - Assumo posto no espaço seu clube com visão e equipe em prontidão para equipe do fali.

12:00 h - Segue sem interconexão até o momento.

13:00 h - Segue em observação sem interconexão até o momento.

14:00 h - término do fali sem interconexão

Médico Responsável

Data _____

Técnico Responsável

Reinaldo Henrique Leite Monteiro
Técnico em Enfermagem

CORAN/SP 152138921

Data 28/09/21

Condutor/Socorrista

cmv

Data 28/09/21