



Ficha de Acompanhamento

<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 checked="" type="checkbox"/> EVENTOS	<input type="checkbox"/> PARTICULAR	<input type="checkbox"/> APH
<input type="checkbox"/> EXAMES	<input type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR		<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR		<input checked="" type="checkbox"/> INTERNAÇÃO		

EMPRESA PRET. P. n QD

Solicitante

Andreia

Data 21/10/21

Origem:

X

Nome: CAMPOMATO Paulista + Brasil

Idade

Contato: I

Sexo

Masculino

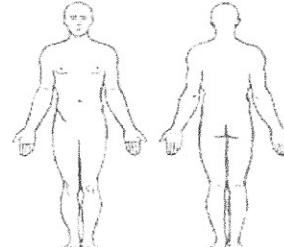
Feminino

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"/> Parada cardíaco Respiratória			<input type="checkbox"/> Fino											
	<input type="checkbox"/> Pele Normal	<input type="checkbox"/> Palidez	<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Quente											
	<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Úmida	<input type="checkbox"/> Dor Torácica Típica	<input type="checkbox"/> Fria											
	<input type="checkbox"/> Pressão Arterial Hipotensão	<input type="checkbox"/> Pressão Arterial Hipertensão		<input type="checkbox"/> Atípica											
	<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 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										

I							
II							
III							



Controle de Itinerários

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 113134	km 113136	km 113140	km	km
Hora 18:40	Hora 19:00 21:00	Hora 21:10	Hora	Hora
Visto <i>Juliano R.</i>	Visto	Visto	Visto	

Tipos de exames

CATE TOMO GTT TQT /TQM US RX RMN

Outros:

Observações Médicas / Enfermeiros

19:00h - Início do Campeonato paulista de futsal masculino com a cobertura de viatura e profissional do Enfermeiro agente —
 21:00h - término do jogo sem intercorrências

Médico Responsável

Data _____

Enfermagem Responsável

Reinaldo Henrique Leite Monteiro
 Técnico em Enfermagem
 COREN-SP 1521280

Data 21/10/21

Condutor Socorrista

Data 21/10/21