



**REALVIDAS**  
REMOÇÕES E EMERGÊNCIAS 24H

## Ficha de Acompanhamento

OS

- |                                 |   |  |                                     |                                   |                                  |                                     |                              |
|---------------------------------|---|--|-------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> BÁSICA | <input checked="" 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 type="checkbox"/> EXAMES | <input checked="" type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR | <input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR | <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO |                                   |                                  |                                     |                              |

EMPRESA CASSI

Solicitante NILSECCIA

Data 20-5-22

Origem: SC-Taubaté-Policlín x SJC-Policlín X

Nome: ZORAINÉ GUNZEL DE ALMEIDA Idade \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_

Sexo  Masculino  Feminino

SUS / CONVENIO CASSI

Nº CARTEIRINHA 110110259870063

### Principais

Dificuldades respiratórias

Dores

Tonturas

### Queixas

Febre

Nausea

Vomitos

### 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

Auscultação Normal

Sibilos

Roncos

Crepitantes

Diminuição MV

à D

E

Ausência MV

à D

Expansibilidade Normal

Superficial

Regular

E

Enfisema sub-cutâneo

Hemoptise

Irregular

### Circulação

Pulso Regular

Irregular

Ausente

Cheio

Fino

Parada cardíaco Respiratória

Palidez

Cianose

Quente

Fria

Pele Normal

Úmida

Dor Torácica Típica

Atípica

Seca

Pressão Arterial Hipertensão

Séptico

Cardiog

Pressão Arterial Hipotensão

Palpebral

M. Inferiores

Anasarca

Choque Hipovolêmico

Edema Ausente

Palpebral

M. Inferiores

Anasarca

### Neuro

Normal

Sonolência

Obnubilação

Agitação

Coma

### Abertura ocular

Espontânea 4

### Resposta Verbal

Orientada 5

voz 3

Confusa 4

A dor 2

Palavras Impróprias 3

Nenhuma 1

Palavras Incompreensias 2

Nenhuma 1

### Resposta Motora

Obdece comandos 6

Localiza Dor 5

Movimentos de retardia 4

Flexão Anormal 3

Extensão Anormal 2

Nenhuma 1

### Gineco

Abortamento Ameaça

Parto A Termo

Espontâneo

Parto Pré - Termo

Provocado

Metrorragia

Parto Pós - Termo

### TRAUMA

#### Descrição

Crâ

Face

Col

Tór

Bac

Msd

Mse

Mid

Mie

#### Escoriação

#### Cont

#### Ferim

#### Luxa

#### Frat

#### Lace

#### Secç

#### controle de O2

150

140

130

120

110

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

QUEIMADURAS

I

II

III

# Controle de Itinerários

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
122991	123010	123052	123096	123115
Hora 7:30	Hora 7:26 7:58	Hora 8:39 8:50	Hora 9:30 10:00	Hora 10:00
Visto Viviane Moreira Santos Silva COREN-SP 694.059-AN	Visto 	Visto	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	07:30	8:50					
PA	(96) 1026	1028					
FC	78	75					
FR	20-	21					
GLASGOW	15	15					
TEMP	36	36.1					
Sat O2	96%	95%					
Hgt							

## Observações Médicas / Enfermeiros

*Transfere para um centro cirúrgico*

*Maria da Penha Silvestre  
de Oliveira Donatilio  
COREN-SP 495594-ENF.*

## 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	<i>D. V. S. 108810</i>
Data	/ /

Enfermagem Responsável	<i>M. V. S. 108810</i>
Data	/ /

Condutor Socorrista	<i>A. M. R. 103162</i>
Data	22/10/2022