



**REALVIDAS**  
PREVENÇÃO E EMERGÊNCIA 24H

# Ficha de Acompanhamento

os

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

EMPRESA MED. SOLVA.

Solicitante

Data

Origem: HOSP. LOJALHOX C. RONÉ PINHOX HOSP. LOJALHONome: ARACI JUCARA DASILVA S. LUVIdade 70

Contato: I

Sexo

 Masculino FemininoSUS / CONVENIO Sul AMÉRICANº CARTEIRINHA 88888471874190029

## Principais

 Dificuldades respiratórias Dores Tonturas

## Queixas

 Febre Nausea Vomitos

## Vias Aéreas

 Alergia Obstrução Parcial Obstrução Total Vias Livres Corpo estanho Broncoaspiração Edema de Gote

## Respiração

 Normal Insufic. Resp. Aguda Parada Ventilatória Ventil Espontânea Assistida Controlada Ritmo Irregular Ausculta Normal Sibilos Roncos Crepitantes 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 cardíaco Respiratória Palidez Cianose Quente Fria Pele Normal Úmida Dor Torácica Típica Atípica Seca Pressão Arterial Hipotensão Pressão Arterial Hipertensão Cardiog Choque Hipovolêmico Séptico Anafilático Cardiog Edema Ausente Palpebral M. Inferiores Anasarca

## Neuro

 Normal Sonolência Obrnubilação Agitação Coma

## Abertura ocular

- Espontânea 4
- voz 3
- A dor 2
- Nenhuma 1

## Resposta Verbal

- Orientada 5
- Confusa 4
- Palavras Improprias 3
- 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 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

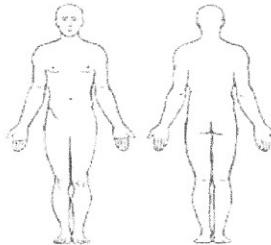
## QUEIMADURAS

Cab Pesc T Ant Tpos Perín Msd Mse Mid Mie

I								
II								
III								

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



## Controle de Itinerários

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 119751	km 119792	km 119755	km 119760	km 119765
Hora 08:30	Hora 08:41 09:10	Hora 09:23 11:35	Hora 12:00 12:10	Hora 12:35.
Visto ERIKA MACIEL DOS SANTOS LOREN-SP 1677197TE	Visto Aline Suraty Biomédica CRBM 20899	Visto ERIKA MACIEL DOS SANTOS LOREN-SP 1677197TE		

### Tipos de exames

CATE    TOMO    GTT    TQT/TQM    US    RX    RMN    CPRS    T. C. HIPER.

Outros: *COLUNA CERVICAL LOMBAR.*

### Sinais Vitais e Parâmetros Evolutivos e Conduta / Horário

HORA							
PA							
FC							
FR							
GLASGOW							
TEMP							
Sat O2							
Hgt							

### Observações Médicas / Enfermeiros

*Remoção sem intercorrências*

*ERIKA MACIEL DOS SANTOS  
Enfermeira  
CONEN 562 562*

### 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		
<b>Médico Responsável</b>	<b>Enfermagem Responsável</b>	<b>Condutor Socorrista</b>
Data _____	Data _____	Data _____