


REALVIDAS
 REMOÇÕES E EMERGENCIAS 24h

Ficha de Acompanhamento

OS

☒ BÁSICA ☐ UTI ADULTO ☐ UTI INFANTIL ☐ UTI NEO ☐ UTI ÁREA ☐ EVENTOS ☐ PARTICULAR ☐ APH
☒ EXAMES ☒ TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR ☐ ALTA HOSPITALAR ☐ INTERNAÇÃO

EMPRESA VARIA CULTAR

Solicitante

Data 11.04.22Origem: Residência P. São Domingos Dep. de S. do EstadoNome: Levy Soares Hungria Idade 94 Contato: 1Sexo ☒ Masculino☐ Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Principais**Queixas**☐ Dificuldades respiratórias☐ Febre☒ Dores☐ Náusea☐ Tonturas☐ Vômitos**Vias Aéreas**☐ Alergia☒ Vias Livres☐ Corpo estanho☐ Obstrução Parcial☐ Broncoaspiração☐ Obstrução Total☐ Edema de Glote**Respiração**☒ Normal☐ Assistida☐ Ausculta Normal☐ Diminuição MV☐ Expansibilidade Normal☐ Enfisema sub-cutâneo☐ Insufic. Resp. Aguda☐ Controlada☐ Sibilos☐ à D☐ Superficial☐ Hemoptise☐ Parada Ventilatória☐ Ritmo Irregular☐ Roncos☐ Ausência MV☐ Regular☐ Ventil Espontânea☐ Crepitações☐ à D☐ Irregular☐ E**Circulação**☒ Pulso Regular☐ Parada cardíaca Respiratória☒ Pele Normal☐ Seca☐ Pressão Arterial Hipotensão☐ Choque Hipovolêmico☐ Edema Ausente☐ Irregular☐ Ausente☐ Palidez☐ Úmida☐ Pressão Arterial Hipertensão☐ Séptico☐ Palpebral☐ Cheio☐ Cianose☐ Dor Torácica Típica☐ Anafilático☐ Cardiog☐ M. Inferiores☐ Anasarca☒ Fino☐ Quente☐ Fria☐ Atípica**Neuro**☒ Normal☐ Sonolência☐ Obnubilção☐ 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☐ Parto A Termo☐ Espontâneo☐ Parto Pré - Termo☐ Provocado☐ Parto Pós - Termo☐ Metrorragia**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

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

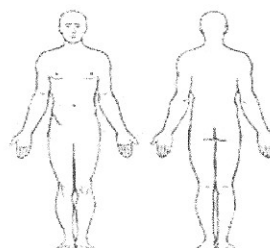
QUEIMADURAS

Cab Pesc T Ant Tpos Perin Msd Mse Mid Mie

I

II

III



Controle de Itinerários

| Saída Base | Origem | Destino | Destino | Chegada Base |
|------------|---------------|----------------|----------------|--------------|
| km | km | km | km | km |
| 117507 | 117510 | 117657 | 117812 | 117815 |
| Hora | Hora | Hora | Hora | Hora |
| 8:30 | 8:40 09:00 | 10:45 11:00 | 17:00 17:20 | 17:00 |
| | Visto | Visto | Visto | |

Tipos de exames

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

Outros: PERICIA

Sinais Vitais e Parâmetros Evolutivos e Conduta / Horário

| | | | | | | | |
|---------|--|--|--|--|--|--|--|
| HORA | | | | | | | |
| PA | | | | | | | |
| FC | | | | | | | |
| FR | | | | | | | |
| GLASGOW | | | | | | | |
| TEMP | | | | | | | |
| Sat O2 | | | | | | | |
| Hgt | | | | | | | |

Observações Médicas / Enfermeiros

REMOCÃO SEM INTERCORRÊNCIA

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 Adriana Escola Mendonça Silva

Assinatura

RG/CPF 62 219 476-8

Adriana Escola Mendonça Silva

Médico Responsável

Data

Enfermagem, Responsável

Data

Condutor Socorrista

Data

DEMIS

11/03/22

ABIGAIL

11/03/22