

IAMSF


REALVIDAS
 REMOÇÕES E EMERGÊNCIAS 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 checked="" type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR		<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR		<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO		

EMPRESA

Solicitante

Data

11.09.22

Origem: *Peregrina P. São Domingos Dep. de S. do Estado Rudácia P. São Dem*Nome: *Levy Soares Hungria* Idade *94* Contato: *1*

Sexo

 Masculino Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

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 Assistida Ausculta Normal Diminuição MV Expansibilidade Normal Enfisema sub-cutâneo Insufic. Resp. Aguda Controlada Sibilos à D E Superficial Hemoptise Parada Ventilatória Ritmo Irregular Roncos Ausência MV Regular Ventil Espontânea Crepitantes à D E Irregular

Circulação

 Pulso Regular Parada cardíaco Respiratória Pele Normal Seca Pressão Arterial Hipotensão Choque Hipovolêmico Edema Ausente Irregular Ausente Cheio Fino Palidez Cianose Quente Fria Úmida Dor Torácica Típica Atípica Pressão Arterial Hipertensão Séptico Anafilático Cardiog Palpebral M. Inferiores Anasarca

Neuro

 Normal Sonolência Obnubilação 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 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

Consumo de O2

150

140

130

120

110

Consumo de O2

150

90

80

70

60

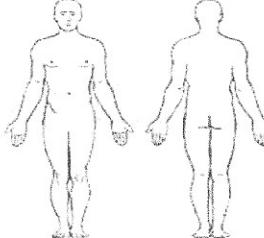
QUEIMADURAS

Cab Pesc T Ant Tpos Perín 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	08:50 09:00	10:45 11:00	17:00 17:15	17:20
	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

Pátria SEM Intercorrências

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 Mundonca Silva assinatura
RG/CPF 62 219 476-8

Médico Responsável
Data 11/03/22

Enfermagem Responsável
DÉVIS
Data 11/03/22

Condutor Socorrista
Abigail
Data 11/03/22