

Ficha de Acompanhamento

OS

- BÁSICA UTI ADULTO UTI INFANTIL UTI NEO UTI ÁREA EVENTOS PARTICULAR APH
 EXAMES TRASFERÊNCIA HOSPITALAR ALTA HOSPITALAR INTERNAÇÃO

EMPRESA

Solicitante

Data 01.12.2021Origem: Deimetro Pinas X

X

Nome: Camila Raulis RUT

Idade

Contato:

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 Glote

Respiração

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

Circulação

 Pulso Regular Irregular Ausente Cheio Fino Parada cardíio Respiratória Pele Normal Palidez Cianose Quente Fria Seca Úmida Dor Torácica Típica Atípica Pressão Arterial Hipotensão Pressão Arterial Hipertensão Choque Hipovolêmico Séptico Anafilatico Cardiog Edema Ausente 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 Incompreencias 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
VSO

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
CHOCO

150 140 130 120 110

100 90 80 70 60

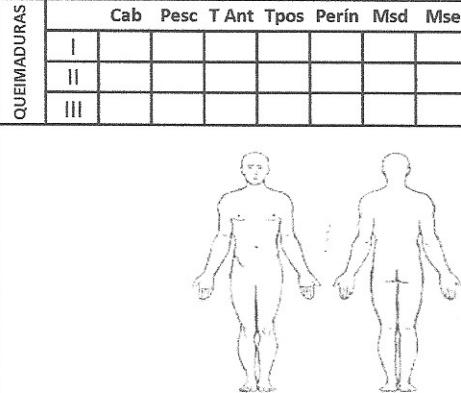
50 40 30 20 10

Consumo de O2
Re:Q: NO

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 114359.	km 114362.	km 114365.	km	km
Hora 19:10	Hora 19:30 21:30	Hora 21:40	Hora	Hora
	Visto <i>Eduardo Lages</i>	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							
PA							
FC							
FR							
GLASGOW							
TEMP							
Sat O2							
Hgt							

Observações Médicas / Enfermeiros

*19:30h. Início de vento. Fim do vento.
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	assinatura
RG/CPF	

Médico Responsável

Data ____ / ____ / ____

Enfermagem Responsável

Data ____ / ____ / ____

Condutor Socorrista

Data ____ / ____ / ____