



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 | <input type="checkbox"/> SIV - INT | | | |

EMPRESA Prf. São José Bananero Solicitante Silma. Data 27-5-22

Origem: 3. casa cruzão x 12 VP. X

Nome: Witalo José da Silva Idade 25 Contato: I

Sexo Masculino

Feminino Maurus

SUS / CONVENIO SJS Nº CARTEIRINHA N.S.

- | | | | |
|-------------------|--|---------------------------------|-----------------------------------|
| Principais | <input checked="" type="checkbox"/> Dificuldades respiratórias | <input type="checkbox"/> Dores | <input type="checkbox"/> Tonturas |
| Queixas | <input type="checkbox"/> Febre | <input type="checkbox"/> Nausea | <input type="checkbox"/> Vomitos |

- | | | | |
|--------------------|--|---|--|
| Vias Aéreas | <input type="checkbox"/> Alergia | <input checked="" type="checkbox"/> Obstrução Parcial | <input type="checkbox"/> Obstrução Total |
| | <input type="checkbox"/> Vias Livres | <input type="checkbox"/> Broncoaspiração | <input type="checkbox"/> Edema de Glote |
| | <input type="checkbox"/> Corpo estanho | | |

- | | | | | |
|-------------------|---|---|--|--|
| Respiração | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Insufic. Resp. Aguda | <input type="checkbox"/> Parada Ventilatória | <input type="checkbox"/> Ventil Espontânea |
| | <input type="checkbox"/> Assistida | <input type="checkbox"/> Controlada | <input type="checkbox"/> Ritmo Irregular | |
| | <input type="checkbox"/> Ausculta Normal | <input type="checkbox"/> Sibilos | <input type="checkbox"/> Ronicos | <input type="checkbox"/> Crepitantes |
| | <input type="checkbox"/> Diminuição MV | <input type="checkbox"/> à D | <input type="checkbox"/> E | <input type="checkbox"/> à D |
| | <input type="checkbox"/> Expansibilidade Normal | <input type="checkbox"/> Superficial | <input type="checkbox"/> Ausência MV | <input type="checkbox"/> E |
| | <input type="checkbox"/> Enfisema sub-cutâneo | <input type="checkbox"/> Hemoptise | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Irregular |

- | | | | | | |
|-------------------|--|---|---|---|----------------------------------|
| Circulação | <input type="checkbox"/> Pulso Regular | <input type="checkbox"/> Irregular | <input type="checkbox"/> Ausente | <input checked="" type="checkbox"/> Cheio | <input type="checkbox"/> Fino |
| | <input type="checkbox"/> Parada cardíio Respiratória | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Pele Normal | <input type="checkbox"/> Palidez | <input type="checkbox"/> Cianose | <input type="checkbox"/> Quente | <input type="checkbox"/> Fria |
| | <input type="checkbox"/> Seca | <input type="checkbox"/> Úmida | <input type="checkbox"/> Dor Toráciaca Típica | | <input type="checkbox"/> Atípica |
| | <input type="checkbox"/> Pressão Arterial Hipotensão | <input type="checkbox"/> Pressão Arterial Hipertensão | | | |
| | <input type="checkbox"/> Choque Hipovolêmico | <input type="checkbox"/> Séptico | <input type="checkbox"/> Anafilático | <input type="checkbox"/> Cardiog | |
| | <input type="checkbox"/> Edema Ausente | <input type="checkbox"/> Palpebral | <input type="checkbox"/> M. Inferiores | <input type="checkbox"/> Anasarca | |

- | | | | | | |
|--------------|--|-------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| Neuro | <input checked="" type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Sonolência | <input type="checkbox"/> Obnubilação | <input type="checkbox"/> Agitação | <input type="checkbox"/> Coma |
|--------------|--|-------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|

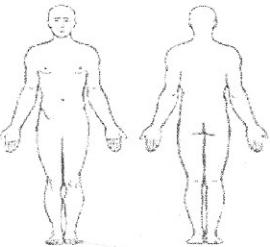
- | | | | | | |
|------------------------|--|------------------------|--|------------------------|---|
| Abertura ocular | <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4 | Resposta Verbal | <input type="checkbox"/> Orientada 5 | Resposta Motora | <input checked="" type="checkbox"/> Obdece comandos 6 |
| | <input type="checkbox"/> voz 3 | | <input type="checkbox"/> Confusa 4 | | <input type="checkbox"/> Localiza Dôr 5 |
| | <input type="checkbox"/> A dor 2 | | <input type="checkbox"/> Palavras Improprias 3 | | <input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4 |
| | <input type="checkbox"/> Nenhuma 1 | | <input type="checkbox"/> Palavras Incompreencias 2 | | <input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3 |
| | | | <input type="checkbox"/> Nenhuma 1 | | <input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2 |
| | | | | | <input type="checkbox"/> Nenhuma 1 |

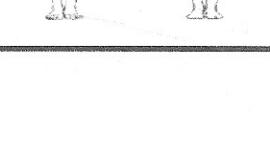
- | | | | | |
|---------------|---|--|--|--------------------------------------|
| Gineco | <input type="checkbox"/> Abortamento Ameaça | <input type="checkbox"/> Espontâneo | <input type="checkbox"/> Provocado | <input type="checkbox"/> Metrorragia |
| | <input type="checkbox"/> Parto A Termo | <input type="checkbox"/> Parto Pré - Termo | <input type="checkbox"/> 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	QUEIMADURAS	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie
	100	90	80	70	60		I								
	50	40	30	20	10		II								

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	

Brief: 14:55 - 18:30

Controle de Itinerários

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
125575	125675	125765	125785	
Hora	Hora	Hora	Hora	Hora
19:40	16:10	17:23	19:00	
Visto	Visto Érika Carolina da André T.G. Retti COREN-SP 70814A-ENF	Visto COREN-SP 559.377-ENF	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

Saíos de Taboão em direção a Cachoeiro para remoção de paciente para avaliação do dente MAXITO e possível cirurgia - percurso sem qualquer intercorrência

[Signature]

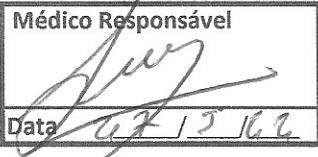
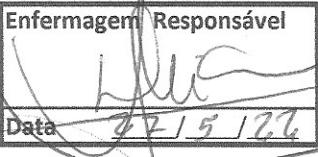
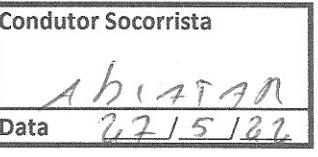
14

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: 27/5/162	Enfermagem Responsável  Data: 27/5/162	Condutor Socorrista  Data: 27/5/162