



REALVIDAS
REMOÇÕES E EMERGÊNCIAS S.A.H.

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

EMPRESA

P. 200 SÓ SÉ CAMBOS

Solicitante

Data *9-5-22*Origem: *PINDA**X SJC**X PINDA*

Nome:

Idade

Contato: I

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 Auscultação Normal Sibilos Roncos Crepitantes Diminuição MV à D E Superficial Ausência MV à D Expansibilidade Normal Hemoptise Regular E Enfisema sub-cutâneo**Circulação** Pulso Regular Irregular Ausente Cheio Fino Parada cardíaco Respiratória Pele Normal Palidez Cianose Quente Fria Seca Úmida Dor Torácica Típica Atípica Pressão Arterial Hipotensão Pressão Arterial Hipertensão Choque Hipovolêmico Séptico Anaflítico 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 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

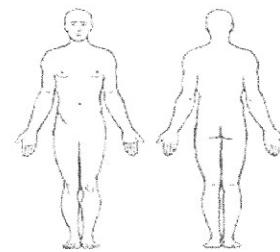
40

30

20

10

t



Controle de Itinerários

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 122215	km 122267	km 122272	km 122334	km
Hora 6:45	Hora 7:38 7:55	Hora 8:00 17:50	Hora 18:190	Hora
Visto	Visto	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

ii

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
<i>Evanilene</i>
Data 8 / 06 / 22

Condutor Socorrista
<i>Abiatan</i>
Data 9 / 06 / 22