

19:40



**REALVIDAS**  
REMOÇÕES E EMERGÊNCIAS 24h

# Ficha de Acompanhamento

OS

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

EMPRESA P. Pina   Solicitante ANDREIA.   Data 08.09.22

Origem: AA. Pernambuco   X   X

Nome: Edilson   Idade   Contato: I

Sexo   ☒ Masculino   ☐ Feminino

SUS / CONVENIO SUS   Nº CARTEIRINHA

**Principais Queixas**  
☐ Dificuldades respiratórias   ☐ Dores   ☐ Tonturas  
☐ Febre   ☐ Nausea   ☐ Vômitos

**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  
☐ Ausculta Normal   ☐ Sibilos   ☐ Roncos  
☐ Diminuição MV   ☐ à D   ☐ E   ☐ Ausência MV   ☐ Crepitações  
☐ Expansibilidade Normal   ☐ Superficial   ☐ Regular   ☐ Irregular  
☐ Enfisema sub-cutâneo   ☐ Hemoptise

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

**Neuro**   ☒ Normal   ☐ Sonolência   ☐ Obnubilação   ☐ Agitação   ☐ Coma

<b>Abertura ocular</b> <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4 <input type="checkbox"/> voz 3 <input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<b>Resposta Verbal</b> <input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5 <input type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Palavras ImproPRIas 3 <input type="checkbox"/> Palavras Incompreensões 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<b>Resposta Motora</b> <input checked="" type="checkbox"/> Obcede comandos 6 <input type="checkbox"/> Localiza Dor 5 <input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4 <input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3 <input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2 <input type="checkbox"/> 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						QUEIMADURAS	Cab   Pesc   T Ant   Tpos   Perín   Msd   Mse   Mid   Mie								
Consumo de O2	150	140	130	120	110		I								
	100	90	80	70	60		II								
	50	40	30	20	10		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
Consumo de O2	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 127820	km 127874	km 127873	km 127825	km
Hora 18:45	Hora 19:00 19:30	Hora 19:05 19:50	Hora 21:10	Hora
	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	10:40						
PA							
FC							
FR							
GLASGOW	15						
TEMP							
Sat O2							
Hgt							

### Observações Médicas / Enfermeiros

Examinado para PS de Banda, mas sem ele  
significante. Edolor, com PCL em Fase (D),  
com oximétrie de saturação, auscultação de  
sistema leve

Priscila Alves dos Santos  
 Técnica de Enfermagem  
 CRP 123456

### 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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_