



**REALVIDAS**  
REMOÇÕES E EMERGÊNCIAS JAH

# Ficha de Acompanhamento

os

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

EMPRESA MÉD SOLVA

Solicitante

Data 30/11/61Origem: SANTA CASA CRUZEIRO X S. C. LOZANAS - XNome: Laura Aparecida Brandão da Silva Idade 21 Contato: ISexo  Masculino FemininoSUS / CONVENIO SUL AMÉRICANº CARTEIRINHA 01349003035270107

- |            |   |                                 |                                   |
|------------|---|---------------------------------|-----------------------------------|
| Principais | <input 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 type="checkbox"/> Obstrução Parcial | <input type="checkbox"/> Obstrução Total |
|             | <input type="checkbox"/> Vias Livres   | <input type="checkbox"/> Broncoaspiração   | <input type="checkbox"/> Edema de Gote   |
|             | <input type="checkbox"/> Corpo estanho |  |  |

- |            |  |   |  |  |
|------------|--|---|--|--|
| Respiração | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Ausculta Normal        | <input type="checkbox"/> Sibilos              | <input type="checkbox"/> Roncos              | <input type="checkbox"/> Crepitantes       |
|            | <input type="checkbox"/> Diminuição MV                     | <input type="checkbox"/> à D                  | <input type="checkbox"/> E                   | <input type="checkbox"/> à D               |
|            | <input checked="" 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"/> Irrregular        |

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

- |       |                                 |                                     |                                       |                                   |                               |
|-------|---------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| Neuro | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Sonolência | <input type="checkbox"/> Obrubilidade | <input type="checkbox"/> Agitação | <input type="checkbox"/> 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

EGL 15.

- |        |   |  |  |                                      |
|--------|---|--|--|--------------------------------------|
| 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									

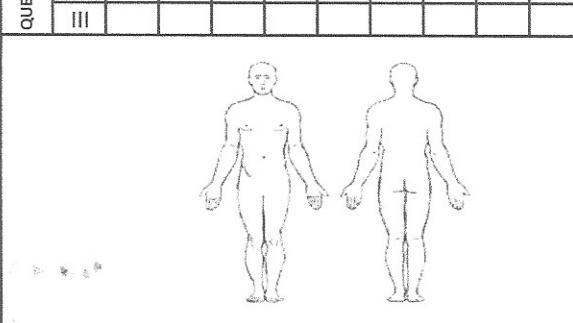
controle de O2

Consumo de O2	150	140	130	120	110
	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



## Controle de Itinerários

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
115146	115227	115260	115312	
Hora	Hora	Hora	Hora	Hora
17:55	19:15 19:39.	20:20 20:30	21:30	
Visto <i>Ana Paula da Silva Santos Téc. Enfermagem COREN-SP: 0319290</i>	Visto <i>Jessica Amélia da Costa COREN-SP: 0319294 - TE</i>	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	19:30						
PA	100x60						
FC	62						
FR	28						
GLASGOW	15						
TEMP	36						
Sat O2	98%						
Hgt							

### Observações Médicas / Enfermeiros

19:40 A.A., Drag, chaco, Id., ECG L15, AUF em M56 bloquado, nem querer alguma, IG 33 semanas, realizado transferência da cliente Larissa Souza da Costa Brandão dos Santos, 21 anos da Santa Casa de Bauru para Santa Casa de Bauru para Suporte UTI Nho Natal. 140 ITU + paciente fato at com febre avançada e confira documentação para transferência D. Paula. *Maria da Penha S. C. Donatilho  
Enfermeira  
COREN 495594*

20:00 hora. Sem anomalias. *Assinatura*

### 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>Maria da Penha S. C. Donatilho Enfermeira COREN 495594</i>
Data 30/10/21

Condutor Socorrista
Data 30/10/21