



**REALVIDAS**  
RESCUOS E EMERGÊNCIAS 24h

# 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 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"/> INTERNAÇÃO		

EMPRESA CASA SOJÉ Solicitante NAYRA Data 11.01.22.

Origem: DERRAME CAVÍCINO x Clínica Lorenza x P.ceuzeiro

Nome: Rafael Pietro. D. Oliveira Idade 13A Contato: 1

Sexo  Masculino

Feminino

SUS / CONVENIO UNIMED-S-JC.

Nº CARTEIRINHA 00044507446000735.

## Principais

Dificuldades respiratórias  Dores  Tonturas

## Queixas

Febre  Nausea  Vomitos

## Vias Aéreas

Alergia  Obstrução Parcial  Obstrução Total

Vias Livres

Corpo estanho  Broncoaspiração

Normal TQT

Assistida

Ausculta Normal

Diminuição MV

Expansibilidade Normal

Enfisema sub-cutâneo

Insufic. Resp. Aguda

Controlada

Sibilos

à D  E

Superficial

Hemoptise

Parada Ventilatória

Ritmo Irregular

Roncos

Ausência MV

Regular

Crepitantes  à D  E

Edema de Glote  Irregular

## Respiração

Pulso Regular  Irregular  Ausente  Cheio  Fino

Parada cardíaco Respiratória

Pele Normal

Seca

Pressão Arterial Hipotensão

Choque Hipovolêmico

Edema Ausente

Palidez

Úmida

Pressão Arterial Hipertensão

Séptico

Palpebral

Cianose

Dor Torácica Típica

Anafilático

M. Inferiores

Anasarca

Quente  Fria  Atípica

Cardiog  Anasarcia

## 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

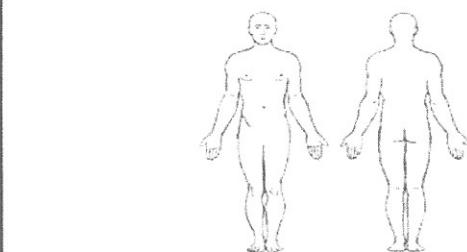
## controle de O2

Consumo de O2	150	140	130	120	110
	100	90	80	70	60
	50	40	30	20	10

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

QUEIMADURAS	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie
I									
II									
III									



## Controle de Itinerários

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 115313	km 115396	km 115430	km 1154661	km 115544
Hora 06:00	Hora 06:50. 07:24	Hora 08:12 09:30 10:55	Hora 08:50 10:02	Hora 10:50.
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	108:00	08:00					
PA							
FC	91.	84.					
FR							
GLASGOW							
TEMP							
Sat O2	97%	98%					
Hgt							

### Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente especial em uso contínuo DA, menor 13 anos acompanhado da mãe, cuidadora para fazer sua consulta em horário preventivo em clínica sua indicação de fármaco. Sua interconsulta.

Maria da Penha  
de O. Donatillo  
Enfermeira  
COREN/SP 49559

### 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 11/01/2018

Condutor Socorrista

Data \_\_\_\_\_