



**REALVIDAS**  
REMOÇÕES 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 checked="" type="checkbox"/> EXAMES	<input type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR		<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR		<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO		

EMPRESA *medSOLV* Solicitante *DWZ* Data *03.05.02*

Origem: *Residência Cruzeiro x S.C. de Lorena x Residência Cruzeiro*

Nome: *Miguel dos Santos* Idade *12* Contato:

Sexo

 Masculino Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

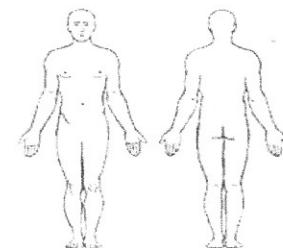
<b>Principais</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Dificuldades respiratórias	<input checked="" type="checkbox"/> Dores	<input type="checkbox"/> Tonturas	
<b>Queixas</b>	<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Nausea	<input type="checkbox"/> Vomitos	
<b>Vias Aéreas</b>	<input type="checkbox"/> Alergia	<input type="checkbox"/> Obstrução Parcial	<input type="checkbox"/> Obstrução Total	
	<input checked="" type="checkbox"/> Vias Livres	<input type="checkbox"/> Broncoaspiração	<input type="checkbox"/> Edema de Glote	
	<input type="checkbox"/> Corpo estanho			
<b>Respiração</b>	<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 type="checkbox"/> Auscultação 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 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
<b>Circulação</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Pulso Regular	<input type="checkbox"/> Irregular	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Cheio
	<input type="checkbox"/> Parada cardíaco Respiratória	<input type="checkbox"/> Palidez	<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Fino
	<input type="checkbox"/> Pele Normal	<input type="checkbox"/> Úmida	<input type="checkbox"/> Dor Torácica Típica	<input type="checkbox"/> Fria
	<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Pressão Arterial Hipertensão		<input type="checkbox"/> Atípica
	<input type="checkbox"/> Pressão Arterial Hipotensão	<input type="checkbox"/> Séptico	<input type="checkbox"/> Anafilático	<input type="checkbox"/> Cardiog
	<input type="checkbox"/> Choque Hipovolêmico	<input type="checkbox"/> Palpebral	<input type="checkbox"/> M. Inferiores	<input type="checkbox"/> Anasarca
<b>Neuro</b>	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Sonolência	<input type="checkbox"/> Obnubilação	<input type="checkbox"/> Agitação
				<input type="checkbox"/> Coma

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

<b>Gineco</b>	<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	

<b>TRAUMA</b>	<b>Descrição</b>	<b>Crâ</b>	<b>Face</b>	<b>Col</b>	<b>Tór</b>	<b>Bac</b>	<b>Msd</b>	<b>Mse</b>	<b>Mid</b>	<b>Mie</b>
	Escoriação									
Cont										
Ferim										
Luxa										
Frat										
Lace										
Secç										

<b>controle de O2</b>						<b>QUEIMADURAS</b>	<b>Cab</b>	<b>Pesc</b>	<b>T Ant</b>	<b>Tpos</b>	<b>Perín</b>	<b>Msd</b>	<b>Mse</b>	<b>Mid</b>	<b>Mie</b>
<b>Consumo de O2</b>	150	140	130	120	110		I								
	100	90	80	70	60		II								
	50	40	30	20	10	III									
<b>Consumo de O2</b>	150	140	130	120	110										
	100	90	80	70	60										
	50	40	30	20	10										
<b>Consumo de O2</b>	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
122305	122386	122423	122458	122537 14:50
Hora 07:30 08:46	Hora 8:46 8:17	Hora 9:55 12:58	Hora 13:32 13:49	Hora
	Visto 	Visto 	Visto 	

### Tipos de exames

CATE    TOMO    GTT    TQT /TQM    US    RX    RMN    CPRS    T. C. HIPER.

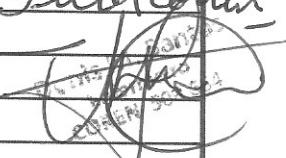
Outros:

### Sinais Vitais e Parâmetros Evolutivos e Conduta / Horário

HORA							
PA							
FC							
FR							
GLASGOW							
TEMP							
Sat O2							
Hgt							

### Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente em sua Residência acamado TQT, realizado aspiração com retorno de grande quantidade de secreções com odor caro e fétido, encocando em maca para transporte para unidade 931 em AA, realizado resuscitação sem intercorrências até Santa Casa de Lorena.



### 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 <u>Cleber Your Dani</u>	assinatura 
RG/CPF <u>138 329 968-042</u>	

Médico Responsável

Data 03/05/22

Enfermagem Responsável

Data 03/05/22

Condutor Socorrista

Data 03/05/22