

Ficha de Acompanhamento

os

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

EMPRESA *P. VIDAS.*Solicitante *Anilze R.*Data *29/11/12*Origem: *São Paulo* X

X

Nome: *Campeonato de Basquete* Idade _____ Contato: _____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 Ausculta Normal Sibilos Roncos Crepitantes Diminuição MV à D E Ausência MV à D Expansibilidade Normal Superficial Regular E Enfisema sub-cutâneo Hemoptise**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 Anafilático 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

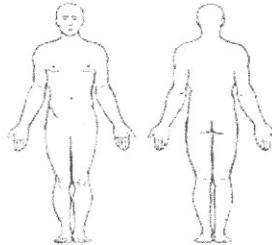
Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie
I								
II								

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 114304	km 114308	km 114311	km	km
Hora 19:05	Hora 19:14 21:30	Hora 21:30	Hora	Hora
Visto <i>RS</i>	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

*19:14 h - Início do cobertura do Campeonato de Basquete com viatura e equipe a pronto atendimento.
20:25 h - Realizado Enfardamento do membro inferior após torção.
21:30 h - término do jogo sem maior intervenção.*

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

Reinaldo
Data 24/11/21

Condutor Socorrista

Data / /