



REALVIDAS
REMOÇÕES E EMERGÊNCIAS 24h

Ficha de Acompanhamento

os

- | | | | | | | | |
|---------------------------------|---|---------------------------------------|---|-------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> BÁSICA | <input type="checkbox"/> UTI ADULTO | <input type="checkbox"/> UTI INFANTIL | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR | | <input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR | <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO | | | |

EMPRESA MED SAC VA

Solicitante

Data 20/12/2022Origem: Hosp. Pequeno Príncipe Hospt. Francisco Assis SAC XNome: Vicente

Idade

Contato: 01349091087630120

Sexo

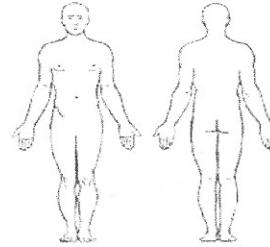
 Masculino Feminino

SUS / CONVENIO

SulAmérica

Nº CARTEIRINHA

Principais	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Vias Livres	<input type="checkbox"/> Broncoaspiração	<input type="checkbox"/> Edema de Glote												
	<input type="checkbox"/> Corpo estanho														
Respiração	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Insufic. Resp. Aguda	<input type="checkbox"/> Parada Ventilatória	<input type="checkbox"/> Ventil Espontânea											
	<input checked="" type="checkbox"/> Assistida	<input type="checkbox"/> Controlada	<input type="checkbox"/> Ritmo Irregular												
	<input 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 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											
Circulação	<input checked="" type="checkbox"/> Pulso Regular	<input type="checkbox"/> Irregular	<input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Fino										
	<input type="checkbox"/> Parada cardíaco Respiratória	<input type="checkbox"/> Palidez	<input type="checkbox"/> Cianose	<input checked="" type="checkbox"/> Quente	<input type="checkbox"/> Fria										
	<input 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"/> Séptico	<input type="checkbox"/> Anafilático	<input type="checkbox"/> Cardiog										
	<input type="checkbox"/> Pressão Arterial Hipotensão	<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"/> Obnubilação	<input type="checkbox"/> Agitação	<input type="checkbox"/> Coma										
Abertura ocular	<input type="checkbox"/> Espontânea 4	<input type="checkbox"/> Resposta Verbal	<input type="checkbox"/> Orientada 5	<input type="checkbox"/> Resposta Motora	<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 type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4										
	<input type="checkbox"/> Nenhuma 1		<input type="checkbox"/> Palavras Incompreensões 2		<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3										
			<input type="checkbox"/> Nenhuma 1		<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2										
					<input type="checkbox"/> Nenhuma 1										
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	QUEIMADURAS	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie
	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										

Maria da Penha S. O. Donacilio

Enfermeira

COREN 495597

Controle de Itinerários

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 116550	km FREI 116592	km SÃO FRANCISCO 116 693	km BASE 116768	km
Hora 2:30	Hora 3:12 4:00	Hora 5:20 5:45	Hora 7:00	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	900	930	500				
PA							
FC	140	136	133				
FR	42	42	42				
GLASGOW	15	15	15				
TEMP							
Sat O2	88	99	97				
Hgt							

Observações Médicas / Enfermeiros

cg 2m 9d prematuro, 2,8 kg q quadro respiratório + ronco + iot + V.C.H. s/s dysfasia contínua sedoq q fentanyl.

manutenção 0,5m or mdc jem durante traqueita por reagir ao tubo.

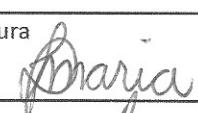
sem intervenções óticas
gratuito qd os cuidados sue náusea

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 RG/CPF	Lillian Ma Stos Gonçalves Ferreira 326 266 428 - 60	assinatura 
----------------	--	---

Médico Responsável CNS: 204311009470003 CRMESP: 48431
Data

Enfermagem Responsável Maria da Penha S. O. Donatilho Enfermeira CREN: 495594
Data

Condutor Socorrista 
Data