

**REALVIDAS**
REMOÇÕES E EMERGENCIAS 24h

Ficha de Acompanhamento

OS

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

EMPRESA P. PINDA Solicitante ANDRÉIA Data 28.05.21

Origem: X X

Nome: FELISA SALAS Idade Contato:

Sexo ☒ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO Nº CARTEIRINHA

Principais**Queixas**

☐ Dificuldades respiratórias ☐ Dores ☐ Tonturas
☐ Febre ☐ Nausea ☐ Vômitos

Vias Aéreas

☐ Alergia ☐ Obstrução Parcial ☐ Obstrução Total
☐ Vias Livres ☐ Broncoaspiração ☐ Edema de Glote
☐ Corpo estanho

Respiração

☐ Normal ☐ Insufic. Resp. Aguda ☐ Parada Ventilatória ☐ Ventil Espontânea
☐ Assistida ☐ Controlada ☐ Ritmo Irregular
☐ Ausculta Normal ☐ Sibilos ☐ Roncos ☐ Crepitações
☐ Diminuição MV ☐ à D ☐ E ☐ Ausência MV ☐ à D ☐ E
☐ Expansibilidade Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular
☐ Enfisema sub-cutâneo ☐ Hemoptise

Circulação

☐ Pulso Regular ☐ Irregular ☐ Ausente ☐ Cheio ☐ Fino
☐ Parada cardíaca Respiratória ☐ Palidez ☐ Cianose ☐ Quente ☐ Fria
☐ Pele Normal ☐ Úmida ☐ Dor Torácica Típica ☐ Atípica
☐ Seca ☐ 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 Incompreensões 2
☐ Nenhuma 1

Resposta Motora

☐ Obedece 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 |

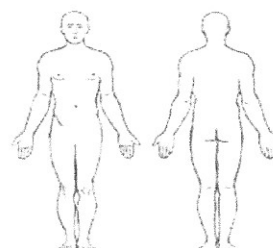
| | | | | | |
|---------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| Consumo de O2 | 150 | 140 | 130 | 120 | 110 |
| | 100 | 90 | 80 | 70 | 60 |
| | 50 | 40 | 30 | 20 | 10 |

| | | | | | |
|---------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| 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 121894 | km 121896 | km 121899 | km | km |
| Hora 18:30 | Hora 18:00 21:00 | Hora 21:10 | Hora | Hora |
| | Visto | Visto | Visto | |

Tipos de exames

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

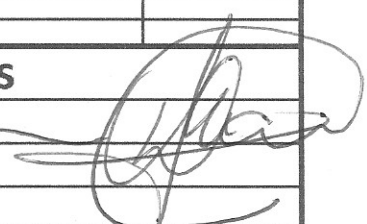
Outros:

Sinais Vitais e Parâmetros Evolutivos e Conduta / Horário

| | | | | | | | | | |
|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| HORA | | | | | | | | | |
| PA | | | | | | | | | |
| FC | | | | | | | | | |
| FR | | | | | | | | | |
| GLASGOW | | | | | | | | | |
| TEMP | | | | | | | | | |
| Sat O2 | | | | | | | | | |
| Hgt | | | | | | | | | |

Observações Médicas / Enfermeiros

Evento sem intercorrências



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

Condutor Socorrista

Data