



Ficha de Acompanhamento

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

EMPRESA Roberto Remon Solicitante Gustavo Data 28.09.21

Origem: X 0 X

Nome: CAMPO, FERNANDO / Idade: Contato: |

Sexo ☐ Masculino ☒ Feminino

SUS / CONVENIO _____ Nº CARTEIRINHA _____

Principais Queixas

<input type="checkbox"/> Dificuldades respiratórias	<input type="checkbox"/> Dores	<input type="checkbox"/> Tonturas
<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Náusea	<input type="checkbox"/> Vômitos

Vias Aéreas	<input type="checkbox"/> Alergia	<input type="checkbox"/> Obstrução Parcial	<input type="checkbox"/> Obstrução Total
	<input type="checkbox"/> Vias Livres		
	<input type="checkbox"/> Corpo estranho	<input type="checkbox"/> Broncoaspiração	<input type="checkbox"/> Edema de Glote

Respiração	<input 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"/> 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"/> Ausência MV	<input type="checkbox"/> à D <input type="checkbox"/> E
	<input type="checkbox"/> Expansibilidade Normal	<input type="checkbox"/> Superficial	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Irregular
	<input type="checkbox"/> Enfisema sub-cutâneo	<input type="checkbox"/> Hemoptise		

Circulação

<input type="checkbox"/> Pulso Regular	<input type="checkbox"/> Irregular	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Fino
<input type="checkbox"/> Parada cárdio Respiratória				
<input type="checkbox"/> Pele Normal	<input type="checkbox"/> Palidez	<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Quente	<input type="checkbox"/> Fria
<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Úmida	<input type="checkbox"/> Dor Torácica Típica		<input type="checkbox"/> Atípica
<input type="checkbox"/> Pressão Arterial Hipotensão	<input type="checkbox"/> Pressão Arterial Hipertensão			
<input type="checkbox"/> Choque Hipovolêmico	<input type="checkbox"/> Séptico	<input type="checkbox"/> Anafilático	<input type="checkbox"/> Cardiog	
<input type="checkbox"/> Edema Ausente	<input type="checkbox"/> Palpebral	<input type="checkbox"/> M. Inferiores	<input type="checkbox"/> 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 Impróprias 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									
	Secc									

Sinais Vitais e Parâmetros Evolutivos
Evolução e Conduta / Horário

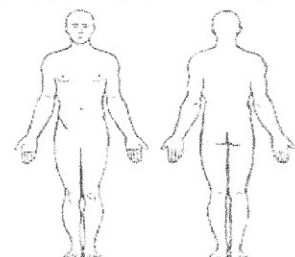
QUEIMADURAS

Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie
-----	------	-------	------	-------	-----	-----	-----	-----

I									
II									
III									

HORA					
PA					
FC					
FR					
GLASGOW					
TEMP					
Sat O2					
Hgt					

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



Controle de Itinerários

Saída Base	Chegada / Destino	Saída / Destino	Chegada / Destino	Chegada Base
km 111183	km 111189	km 111191	km 111193	km
Hora 12:45	Hora 13:00 17:00	Hora 17:10 18:15	Hora 18:20	Hora
	Visto	Visto	Visto	

Tipos de exames

☐ CATE
 ☐ TOMO
 ☐ GTT
 ☐ TQT / TQM
 ☐ US
 ☐ RX
 ☐ RMN

Outros: _____

Observações Médicas / Enfermeiros

13:00 R - segue viaturo e equipe a pontaria para
 abertura do jogo de futebol de campo (Campeonato
 Feminino) campo do Luvianita.

17:00 R - Término do jogo sem interconia

Médico Responsável

Data

Enfermagem Responsável

Reinaldo Henrique Leite Monteiro
 Técnico em Enfermagem
 COREN-SP 1521280

Data

23/10/21

Condutor Socorrista

Data

23/10/21