



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 H. 10 JULHO Solicitante Eduardo CIVIRIANO Data 21.03.22.
Origem: H. 10 JULHO x R. Maria H. 1002 x H. 10 JULHO

Nome: ANDRÉ G. DÉ MÉLO Idade _____ Contato: _____

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO UNIMED NACIONAL. Nº CARTEIRINHA 086500015665008

Principais	<input type="checkbox"/> Dificuldades respiratórias	<input checked="" 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"/> Corpo estanho	<input type="checkbox"/> Broncoaspiração	<input type="checkbox"/> Edema de Glote

Respiração	<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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Sonolência	<input type="checkbox"/> Obnubilação	<input type="checkbox"/> Agitação	<input type="checkbox"/> Coma
-------	--	-------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------

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

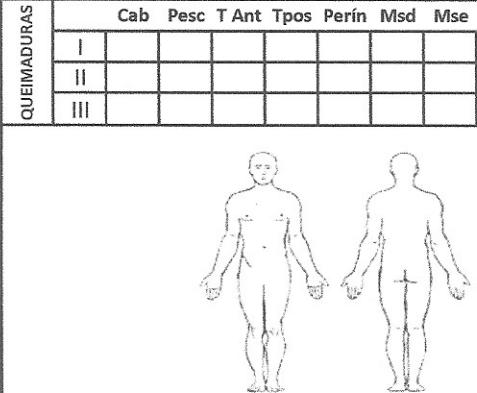
Gineco	<input type="checkbox"/> Abortamento Ameaça	<input type="checkbox"/> Espontâneo	<input type="checkbox"/> Provocado	<input type="checkbox"/> Metrorragia
	<input type="checkbox"/> Parto A Termo	<input type="checkbox"/> Parto Pré - Termo	<input type="checkbox"/> Parto Pós - Termo	

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

Consumo de O2	150	140	130	120	110	QUEIMADURAS	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie
	100	90	80	70	60		I								
	50	40	30	20	10		II								
Consumo de O2	150	140	130	120	110		Cab								
	100	90	80	70	60		II								
	50	40	30	20	10		III								



Controle de Itinerários

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
120228	120229	120248	120268	120269
Hora 09:55	Hora 08:03 08:15	Hora 08:35 11:10	Hora 11:35 11:50	Hora 11:55
Visto ÉRIKA MACIEL DOS SANTOS COREN-SP 1671197TE	Visto Enfermeira Coren-SP 310672	Visto ERIKA MACIEL DOS SANTOS COREN-SP 1671197TE		

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	08:35
PA	120/80
FC	75
FR	
GLASGOW	15
TEMP	
Sat O2	98%
Hgt	

Observações Médicas / Enfermeiros

PACIENTE ENCONTRA-SE INTERNA DO NO HOSPITAL 10 DE JULHO DE PINDA, ENCAMINHADO PARA PROCEDIMENTO EM TUBO DE HÍPER BARICIA, PACIENTE CALMO, ORIENTADO, AR AMBIENTE, APRESENTA-DO CURATIVO OCLUSIVO EM CALCANEU (E) COM DRENOS A VACO, APÓS A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO RETORNOU PARA HOSPITAL 10 DE JULHO EM PINDA, SEM QUÍXAS ALGÍCAS.

Gleidson Miguel
Enfermeiro
COREN-SP 310672

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 / /

Enfermeiro Responsável

Gleidson Miguel
Enfermeiro
COREN-SP 310672

Condutor/Socorrista

Conselho / Sônia
Data 21/03/22