



Ficha de Acompanhamento

<input type="checkbox"/> BÁSICA	<input type="checkbox"/> UTI ADULTO	<input type="checkbox"/> UTI INFANTIL	<input type="checkbox"/> UTI NEO	<input type="checkbox"/> UTI ÁREA	<input checked="" type="checkbox"/> EVENTOS	<input type="checkbox"/> PARTICULAR	<input type="checkbox"/> APH
<input type="checkbox"/> EXAMES	<input type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR		<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR		<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO		

EMPRESA

P.R.E.P. - PINDA

Solicitante

Data 01/10/21

Origem:

Guarda Civil do Taboão - Pindamonhangaba

X

Nome: Futebol feminino

Idade

Contato: I

Sexo

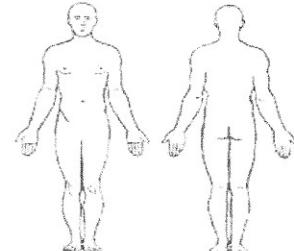
 Masculino Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Principais	<input 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 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 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 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	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Sonolência	<input type="checkbox"/> Obnubilação	<input type="checkbox"/> Agitação	<input type="checkbox"/> Coma					
Abertura ocular	Resposta Verbal		Resposta Motora							
<input type="checkbox"/> Espontânea 4	<input type="checkbox"/> Orientada 5		<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 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									
Sinais Vitais e Parâmetros Evolutivos Evolução e Conduta / Horário										
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					

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



Controle de Itinerários

Saída Base	Chegada / Destino	Saída / Destino	Chegada / Destino	Chegada Base
km 111796	km 111800	km 111800	km 111802	km 111816
Hora 19:06	Hora 19:20 19:20	Hora 19:50 20:20	Hora 20:26 21:00	Hora 21:30
Visto Jaluanalh	Visto	Visto	Visto	Visto

Tipos de exames

CATE TOMO GTT TQT /TQM US RX RMN

Outros:

Observações Médicas / Enfermeiros

19:20 h - Dodo inicio a cobertura do jogo da Futsal feminino no quadro Talari, Vila União e equipe a pronta para quem quer sinistro

20:10 h - Jogo do São José apresenta durante o jogo livre de ansiedade onde o mesmo faz movimentos involuntários, comunicação técnica e encaminhado ao PSM acompanhado pelo fisioterapeuta, entregue a equipe do PSM sem intervenções

Termino do jogo sem mais intervenções

Reinaldo Henrique Leite Monteiro
Técnico em Enfermagem
COREN-SP 1521280

COREN-SP 689372-ABE
Reinaldo Henrique Leite Monteiro
Técnico em Enfermagem
COREN-SP 1521280

Médico Responsável

Data _____/_____/_____

Enfermagem Responsável

Reinaldo Henrique Leite Monteiro
Técnico em Enfermagem
COREN-SP 1521280

Data 01/10/21

Condutor Socorrista

Data _____/_____/_____