



**REALVIDAS**  
REMOÇÕES E EMERGÊNCIAS 24H

# Ficha de Acompanhamento

OS

<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 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. Pinda

Solicitante Anderson

Data 03.05.22

Origem: JANEIRO X

X

Nome: BASQUETE FEMININA

Idade \_\_\_\_\_

Contato: \_\_\_\_\_

Sexo

Masculino

Feminino

SUS / CONVENIO \_\_\_\_\_

Nº CARTEIRINHA \_\_\_\_\_

## Principais

Dificuldades respiratórias

Dores

Tonturas

## Queixas

Febre

Nausea

Vomitos

## Vias Aéreas

Alergia

Obstrução Parcial

Obstrução Total

Vias Livres

Corpo estanho

Broncoaspiração

Edema de Glote

## Respiração

Normal

Insufic. Resp. Aguda

Parada Ventilatória

Ventil Espontânea

Assistida

Controlada

Ritmo Irregular

Ausculta Normal

Sibilos

Roncos

Crepitantes

Diminuição MV

à D

E

Ausência MV

à D

Expansibilidade Normal

Superficial

Regular

E

Enfisema sub-cutâneo

Hemoptise

Irregular

## Circulação

Pulso Regular

Irregular

Ausente

Cheio

Fino

Parada cardíio Respiratória

Palidez

Cianose

Quente

Fria

Pele Normal

Úmida

Dor Torácica Típica

Atípica

Seca

Pressão Arterial Hipertensão

Séptico

Anafilatico

Cardiog

Pressão Arterial Hipotensão

Palpebral

M. Inferiores

Anasarca

Choque Hipovolêmico

Edema Ausente

## 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 Incompreensias 2
- Nenhuma 1

## Resposta Motora

- Obdece 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

## QUEIMADURAS

Cab

Pesc

T Ant

Tpos

Perín

Msd

Mse

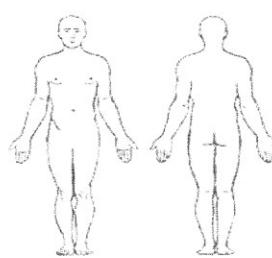
Mid

Mie

I

II

III



## Controle de Itinerários

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
119747.	119749.	118251		
Hora 18:50	Hora 19:00 21:00	Hora 21:15	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

14

### 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 03/05/22

Condutor Socorrista

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_