

Ficha de Acompanhamento

OS

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

EMPRESA *P.P. NRS*

Solicitante

Data 15/06/22

Origem: A - TABOU.

X

X

Nome: Campeonato Futsal Feminino 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 E Expansibilidade Normal Superficial Regular Irregular Enfisema sub-cutâneo Hemoptise

Circulação

 Pulso Regular Irregular Ausente Cheio Fino Parada cardíaco Respiratória Palidez Cianose Quente Fria Pele Normal Úmida Dor Toráciaca Típica Atípica Seca Pressão Arterial Hipertensão Séptico Anafilático Cardiog Choque Hipovolêmico Palpebral M. Inferiores Anasarca 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

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

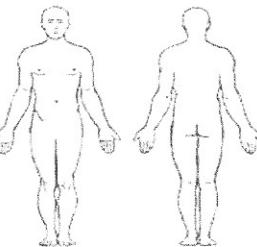
50

40

30

20

10



Controle de Itinerários

| Saída Base | Origem | Destino | Destino | Chegada Base |
|---------------|------------------------|---------------|---------|--------------|
| km 122768 | km 122772 | km 122775 | km | km |
| Hora 16:23 | Hora 17:44 18:00 | Hora 18:20 | 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 intenções.

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

Adriana
Data / /

Condutor/Socorrista

JC
Data / /