



REALVIDAS
RESCUOS E EMERGÊNCIAS 24h

Ficha de Acompanhamento

os

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

EMPRESA

Solicitante

Data 02.04.02

Origem:

x P. PRIMA -

Nome:

Laur

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 cardíaco Respiratória

Pele Normal

Palidez

Cianose

Quente

Fria

Seca

Úmida

Dor Torácica Típica

Atípica

Pressão Arterial Hipotensão

Pressão Arterial Hipertensão

Choque Hipovolêmico

Séptico

Anafilático

Cardiog

Edema Ausente

Palpebral

M. Inferiores

Anasarca

Neuro

Normal

Sonolência

Obrnubilação

Agitação

Coma

Abertura ocular

Resposta Verbal

Resposta Motora

Obdece comandos 6

Localiza Dor 5

Movimentos de retardia 4

Flexão Anormal 3

Extensão Anormal 2

Nenhuma 1

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

QUEIMADURAS

Cab

Pesc

T Ant

Tpos

Perín

Msd

Mse

Mid

Mie

controle de O2

Consumo de O2

150

140

130

120

110

100

90

80

70

60

50

40

30

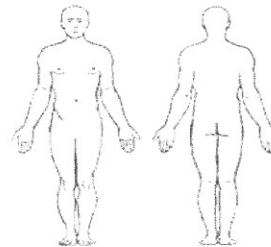
20

10

I

II

III



Controle de Itinerários

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
119 500	119 504	119 567	119 567	
Hora	Hora	Hora	Hora	Hora
11:00	11:10	12:28	13:37	
	11:37	16:36		
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

Rua das Américas - Interconexões

*Dr. Pedro S. Santos
Enfermeiro
CORON 102 164*

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

Data 02/05/12

Condutor Socorrista

Data 02/05/12
