



REALVIDAS
REMOÇÕES E EMERGÊNCIAS 24H

Ficha de Acompanhamento

<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"/> PARTICULAR	<input type="checkbox"/> APH				
EMPRESA <u>HOMEM GENÉ</u>	Solicitante <u>THAISE OLIVEIRA</u>	Data <u>20/05/21</u>								
DESTINO: <u>LORENÇ - meiro do Rio</u>	PARA: <u>Pediatria Cia Branca</u>	Hora <u>14:28</u>								
Nome: <u>SEBASTIÃO dos Santos</u>		Idade _____	Contato: I _____							
Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino	Telefone: _____								
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 checked="" type="checkbox"/> Vias Livres	<input type="checkbox"/> Broncoaspiração	<input type="checkbox"/> Edema de Glote								
<input type="checkbox"/> Corpo estanho										
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 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"/> E						
<input type="checkbox"/> Expansibilidade Normal	<input type="checkbox"/> Superficial	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Irregular							
<input type="checkbox"/> Enfisema sub-cutâneo	<input type="checkbox"/> Hemoptise									
Circulação <input checked="" type="checkbox"/> Pulso Regular	<input type="checkbox"/> Irregular	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Fino						
<input type="checkbox"/> Parada cardíaco Respiratória	<input type="checkbox"/> Palidez	<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Quente	<input type="checkbox"/> Fria						
<input type="checkbox"/> Pele Normal	<input type="checkbox"/> Úmida	<input type="checkbox"/> Dor Torácica Típica	<input type="checkbox"/> Atípica							
<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Pressão Arterial Hipotensão									
<input type="checkbox"/> Pressão Arterial Hipotensão	<input type="checkbox"/> Choque Hipovolêmico	<input type="checkbox"/> Séptico	<input type="checkbox"/> Anafilático	<input type="checkbox"/> Cardiog						
<input type="checkbox"/> Choque Hipovolêmico	<input type="checkbox"/> Edema Ausente	<input type="checkbox"/> Palpebral	<input type="checkbox"/> M. Inferiores	<input type="checkbox"/> Anasarca						
Neuro <input type="checkbox"/> Normal	<input checked="" type="checkbox"/> Sonolência	<input type="checkbox"/> Obnubilação	<input type="checkbox"/> Agitação	<input type="checkbox"/> Coma						
Abertura ocular <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4	Resposta Verbal <input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5	<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4								
<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 checked="" type="checkbox"/> Flexão Anormal 3								
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Palavras Incompreencias 2	<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2								
	<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Nenhuma 1								
Gineco <input type="checkbox"/> Abortamento Ameaça	<input type="checkbox"/> Espontâneo	<input type="checkbox"/> Provocado								
<input type="checkbox"/> Parto A Termo	<input type="checkbox"/> Parto Pré - Termo	<input type="checkbox"/> Parto Pós - Termo								
<input type="checkbox"/> Metrorragia										
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					

Controle de Itinerários

Saída Base	Chegada / Destino	Saída / Destino	Chegada / Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
102640	102734	102752	102770	102896
Hora	Hora	Hora	Hora	Hora
14:45	15:50 16:13	16:36	18:17 18:27	19:15.
				18:00

Observações Médicas

Observações Complementares

Rumocas realizada durante o consulto neurológico, extensão das costas, tendo uma queda e ficou com paralisia. Clínica muito doce. Um fonoaudiólogo paciente reside em Brusque. 55vv malman, estavam rumocas realizada ida e volta com rigidez e com apresentações intensas.

Thais Campos Leão
Enfermeira
COREN-SP 662688

Médico Responsável

Data

Técnico Responsável

Data