

**REALVIDAS**
REMOÇÕES E EMERGÊNCIAS 24h**Ficha de Acompanhamento**

OS

☒ BÁSICA ☐ UTI ADULTO ☐ UTI INFANTIL ☐ UTI NEO ☐ UTI ÁREA ☐ EVENTOS ☐ PARTICULAR ☐ APH
☐ EXAMES ☐ TRASFERÊNCIA HOSPITALAR ☐ ALTA HOSPITALAR ☒ INTERNAÇÃO ☐ SIV - INT

EMPRESA UMAN CAVES

Solicitante _____

Data 23/5/22Origem: Pinda XX PindaNome: LEOZINA MARIA DA CONCEIÇÃO Idade 84 Contato: _____Sexo ☐ Masculino☒ Feminino

SUS / CONVENIO _____

Nº CARTEIRINHA _____

Principais**Queixas**☐ Dificuldades respiratórias☐ Dores☐ Tonturas☐ Febre☐ Nausea☐ Vômitos**Vias Aéreas**☐ Alergia☐ Obstrução Parcial☐ Obstrução Total☐ Vias Livres☐ Corpo estanho☐ Broncoaspiração☐ Edema de Glote**Respiração**☐ Normal☒ Assistida☐ Ausculta Normal☐ Diminuição MV☐ Expansibilidade Normal☐ Enfisema sub-cutâneo☐ Insufic. Resp. Aguda☐ Controlada☐ Sibilos☐ à D☐ Superficial☐ Hemoptise☐ Parada Ventilatória☐ Ritmo Irregular☐ Roncos☐ Ausência MV☐ Regular☐ Ventil Espontânea☐ Crepitações☐ à D☐ Irregular**Circulação**☒ Pulso Regular☐ Parada cardíaca Respiratória☒ Pele Normal☐ Seca☐ Pressão Arterial Hipotensão☐ Choque Hipovolêmico☐ Edema Ausente☐ Irregular☐ Ausente☐ Palidez☐ Úmida☐ Pressão Arterial Hipertensão☐ Séptico☐ Palpebral☐ Cheio☐ Fino☐ Cianose☐ Dor Torácica Típica☐ Anafilático☐ M. Inferiores☐ Anasarca☐ Quente☐ Fria☐ Atípica☐ Cardiológ**Neuro**☐ Normal☐ Sonolência☐ Obnubilação☐ Agitação☐ Coma**Abertura ocular**☐ Espontânea 4☒ voz 3☐ A dor 2☐ Nenhuma 1**Resposta Verbal**☐ Orientada 5☒ Confusa 4☐ Palavras Impróprias 3☐ Palavras Incompreensíveis 2☐ Nenhuma 1**Resposta Motora**☐ Obedece comandos 6☒ Localiza Dor 5☐ Movimentos de retardia 4☐ Flexão Anormal 3☐ Extensão Anormal 2☐ Nenhuma 1**Gineco**☐ Abortamento Ameaça☐ Parto A Termo☐ Espontâneo☐ Parto Pré - Termo☐ Provocado☐ Parto Pós - Termo☐ Metrorragia**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

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

QUEIMADURAS

Cab

Pesc

T

Ant

Tpos

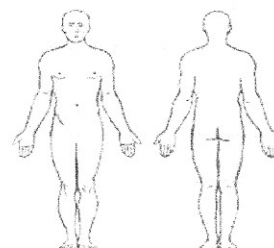
Perín

Msd



Mse

Mid

Mie



Controle de Itinerários

| Saída Base | Origem | Destino | Destino | Chegada Base |
|------------|---|--|---------|--------------|
| km | km | km | km | km |
| 125539 | 125544 | 125549 | 125550 | |
| Hora | Hora | Hora | Hora | Hora |
| 12:00 | 12:10 | 12:50 12:59 | 13:00 | |
| | Visto | Visto | Visto | |
| |  |  D ^o Dr. Thais Invernado Colacippo CRM 158.282 Clínica Médica | | |

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

Paciente acamado apresentando derramação peronea 80% de O₂, cuidadora refere choro e desde dia 15 de junho, instabilidade O₂ 5L/min. estabilizado e leva do até emergência 10 de julho onde fica em observação.

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 Eucania da Silva
 RG/CPF 227 072 308 20

Assinatura

Médico Responsável

Data

Enfermagem Responsável

Data

Condutor Socorrista

Data

23/06/22

23/06/22