



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

EMPRESA MED. SALVA.

Solicitante

LUIZ MUNIZ

Data 10.05.22

Origem: P. Taubaté X:

x P.Taubaté

Nome: WILHELM F. BARROS

Idade

Contato: I

Sexo

Masculino

Feminino

SUS / CONVENIO

SUL AMÉRICA

Nº CARTEIRINHA 0052.0058174013

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 Torácica Típica

Atípica

Seca

Pressão Arterial Hipertensão

Séptico

Cardiog

Choque Hipovolêmico

Palpebral

Anafilático

Edema Ausente

M. Inferiores

Anasarca

Neuro

Normal

Sonolência

Obnubilação

Agitação

Coma

Abertura ocular

Espontânea 4

Resposta Verbal

Orientada 5

voz 3

Confusa 4

A dor 2

Palavras Improprias 3

Nenhuma 1

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

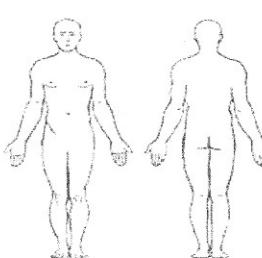
50

40

30

20

10



Controle de Itinerários

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 1205213	km 120534	km 120541	km 120554	km
Hora 06:00	Hora 06:18 06:44	Hora 07:00 07:42	Hora 08:40.	Hora
Visto	Visto	Visto	Visto	

Tipos de exames

CATE TOMO GTT TOT/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

Realizada transferência da residência do paciente para a clínica, realizada FAX e retorno ao aeroporto para Intercorrida.

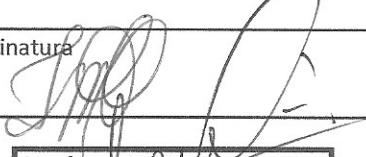
Erika dos Santos Souza
COREN SP 001022
Enfermeira

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 <u>Igenir Ferreira Barreto</u>	assinatura 
RG/CPF <u>006.003.295-26</u>	

Médico Responsável

Data _____/_____/_____

Enfermagem Responsável

Data _____/_____/_____

Condutor Socorrista

Data 10/05/1022

(10/05/1022)