

**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

RODND.

Solicitante

Data

11.08.22

Origem:

ESTADIO SSC.

X

X

Nome:

ESTADIO SSC. X SÃO CARLOS

Idade

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☐ Insufic. Resp. Aguda☐ Parada Ventilatória☐ Ventil Espontânea☐ Assistida☐ Controlada☐ Ritmo Irregular☐ Ausculta Normal☐ Sibilos☐ Roncos☐ Crepitações☐ 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 cardíaca Respiratória☐ Palidez☐ Cianose☐ Quente☐ Fria☐ Pele Normal☐ Úmida☐ Dor Torácica Típica☐ Atípica☐ Seca☐ Pressão Arterial Hipotensão☐ Pressão Arterial Hipertensão☐ Choque Hipovolêmico☐ Séptico☐ Anafilático☐ Cardiog☐ Edema Ausente☐ Palpebral☐ M. Inferiores☐ Anasarca**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 Incompreensões 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☐ 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

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

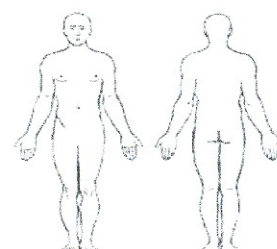
QUEIMADURAS

Cab Pesc T Ant Tpos Perín Msd Mse Mid Mie

I

II

III





Controle de Itinerários				
Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 128010	km 128062	km 128121	km	km
Hora 12:00	Hora 13:40 17:00	Hora 18:30	Hora	Hora
	Visto	Visto	Visto	

**Tipos de exames**  
☐ CATE   ☐ TOMO   ☐ GTT   ☐ TQT/TQM   ☐ US   ☐ RX   ☐ RMN   ☐ CPRS   ☐ T. C. HIPER.

Sinais Vitais e Parâmetros Evolutivos e Conduta / Horário							
HORA							
PA							
FC							
FR							
GLASGOW							
TEMP							
Sat O2							
Hgt							

[illegible]

CONSENTIMENTO PARA TRANSPORTE PACIENTE EM AMBULÂNCIA.	
<p>Declaro que fui orientado pelos médicos verbalmente sobre o quadro clínico do paciente.</p> <p>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.</p> <p>Estou ciente das intervenções necessárias da equipe médica para a segurança do transporte, e dos eventuais riscos que envolvam a viagem que será realizada</p>	

Nome	assinatura
RG/CPF	

**Médico Responsável**

**Data**             /        /       

Enfermagem Responsável

Conductor Socorrista

Data / /