

**REALVIDAS**  
REMOÇÕES 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 MEDSALVA Solicitante \_\_\_\_\_ Data 03/05/22Origem: P. Pinda X Clínico Neurologista X P. PindaNome: Eduardo Antiquera Idade \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_Sexo ☒ Masculino ☐ FemininoSUS / CONVENIO Sul América Nº CARTEIRINHA 88888 4526 2834 0013

**Principais Queixas** ☐ Dificuldades respiratórias ☐ Dores ☐ Tonturas  
☐ Febre ☐ Náusea ☐ Vômitos

**Vias Aéreas** ☐ Alergia ☐ Obstrução Parcial ☐ Obstrução Total  
☒ Vias Livres ☐ Broncoaspiração ☐ Edema de Glote  
☐ Corpo estanho

**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 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**

	150	140	130	120	110
Consumo de O2	100	90	80	70	60
	50	40	30	20	10 X

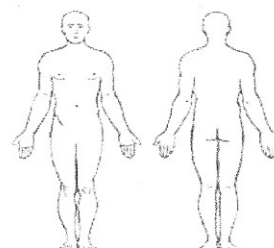
	150 X	140	130	120	110
Consumo de O2	100	90	80	70	60
	50	40	30	20	10

	150	140	130	120	110
Consumo de O2	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 119635	km 119636	km 119663	km 119691	km 119695
Hora 07:10	Hora 07:30 07:46	Hora 08:20 10:30	Hora 11:10 11:20	Hora 11:30
	Visto Dr. Heitor Etori Neurofisiologia Clínica CRM/SP 145.001 ROE 56270-1	Visto Dr. Heitor Etori Neurofisiologia Clínica CRM/SP 145.001 ROE 56270-1	Visto Dr. Heitor Etori Neurofisiologia Clínica CRM/SP 145.001 ROE 56270-1	

### Tipos de exames

☐ CATE    ☐ TOMO    ☐ TQT/TQM    ☐ US    ☐ RX    ☐ RMN    ☐ CPRS    ☐ T.C. HIPER.

Outros: Electromiografia de um SI.

### Sinais Vitais e Parâmetros Evolutivos e Conduta / Horário

HORA	07:30						
PA	120x80						
FC	63						
FR	20						
GLASGOW	15						
TEMP	36.4						
Sat O2	98%						
Hgt							

### Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente em repouso no leito, humido, consciente, orientado, comunicativo, insuflado em AA, acompanhado de por familiar; acomodado em cadeira de rodas, e encaminhado para sala de exame e encaminhado para realizar exame em clínica neurológica, por indicação do enfermeiro, com testes físicos.

Retorno com paciente para residência, acompanhado de por familiar, e enfermeiro para acompanhamento.

### 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 Diana Gualberto  
 RG/CPF 25555195-2

assinatura [assinatura]

Médico Responsável  
 Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Enfermeiro Responsável  
 Técnico de Enfermagem  
 COREN-SP 1143008  
 Data 03/05/22

Condutor Socorrista  
 Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_