



☒ BÁSICA ☐ UTI ADULTO ☐ UTI INFANTIL ☐ UTI NEO ☐ UTI ÁREA ☐ EVENTOS ☐ PARTICULAR ☐ APH
☒ EXAMES ☐ TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR ☐ ALTA HOSPITALAR ☐ INTERNAÇÃO

Origem: Hospital 10 Sulões X Hamburgo X Hospital 10 Sulões

Sexo ☒ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO _____ Nº CARTEIRINHA _____

Principais Queixas

| | | |
|---|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dificuldades respiratórias | <input type="checkbox"/> Dores | <input type="checkbox"/> Tonturas |
| <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"/> Corpo estranho | <input type="checkbox"/> Broncoaspiração | <input type="checkbox"/> Edema de Glote |

| | | | | |
|------------|---|---|--|---|
| 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"/> Ausência MV | <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 cardíaca Respiratória | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Pele Normal | <input type="checkbox"/> Palidez | <input type="checkbox"/> Cianose | <input type="checkbox"/> Quente | <input type="checkbox"/> Fria |
| | <input type="checkbox"/> Seca | <input type="checkbox"/> Úmida | <input type="checkbox"/> Dor Torácica Típica | | <input type="checkbox"/> Atípica |
| | <input type="checkbox"/> Pressão Arterial Hipotensão | <input type="checkbox"/> Pressão Arterial Hipertensão | | | |
| | <input type="checkbox"/> Choque Hipovolêmico | <input type="checkbox"/> Séptico | <input type="checkbox"/> Anafilático | <input type="checkbox"/> Cardiog | |
| | <input type="checkbox"/> Edema Ausente | <input type="checkbox"/> Palpebral | <input type="checkbox"/> M. Inferiores | <input type="checkbox"/> Anasarca | |
| | | | | | |

| | | | | | |
|-------|---------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| Neuro | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Sonolência | <input type="checkbox"/> Obnubilação | <input type="checkbox"/> Agitação | <input type="checkbox"/> 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

☒ 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 | | | | | | | | | |

Sinais Vitais e Parâmetros Evolutivos
Evolução e Conduta / Horário

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 |

Controle de Itinerários

| Saída Base | Origem | Destino | Destino | Chegada Base |
|--------------|---|--|---|--------------|
| km 114193 | km 114195 | km 114214 | km 114238 | km |
| Hora | Hora 10:00 10:15 | Hora 10:35 13:25 | Hora 13:48 14:00 | Hora |
| | Visto Amanda Neves Ceri COREN-SP 543229-ENF | Visto Tatiana T.S. Ruiz RG: 27.025.470-5 | Visto Amanda Neves Ceri COREN-SP 543229-ENF | |

Tipos de exames

☐ CATE
 ☐ TOMO
 ☐ GTT
 ☐ TQT /TQM
 ☐ US
 ☐ RX
 ☐ RMN

Outros: _____

Observações Médicas / Enfermeiros

10:15h - Transferido cliente para maca e examinado do ao embarque do Viático com destino a Hipobarico sem intercorrência até o momento
 11:30h - Entregue cliente a Equipe do Hipobarico sem ocorrência
 13:25h - Entregue aos cuidados da Equipe do Rinoçer, transferido para maca e embarcado no Viático sem intercorrência
 13:55h - Entregue a equipe do Enfermo sem intercorrência

Médico Responsável

Data

Enfermagem Responsável

Data

Condutor / Socorrista

Data