



**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 Particular

Solicitante

Ricardo LorenzoData 15.02.22.Origem: P. ProntoX 05810500XNome: ANA ADÉLIA DE S. LORENZOIdade 84

Contato: \_\_\_\_\_

Sexo  Masculino FemininoSUS / CONVENIO UNIMED.Nº CARTEIRINHA 0057200102900016

<b>Principais</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Dificuldades respiratórias	<input type="checkbox"/> Dores	<input type="checkbox"/> Tonturas
<b>Queixas</b>	<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Nausea	<input type="checkbox"/> Vomitos

<b>Vias Aéreas</b>	<input type="checkbox"/> Alergia	<input type="checkbox"/> Obstrução Parcial	<input type="checkbox"/> Obstrução Total
	<input checked="" type="checkbox"/> Vias Livres	<input type="checkbox"/> Broncoaspiração	<input type="checkbox"/> Edema de Gote
	<input type="checkbox"/> Corpo estanho		

<b>Respiração</b>	<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"/> à D
	<input type="checkbox"/> Expansibilidade Normal	<input type="checkbox"/> Superficial	<input type="checkbox"/> Ausência MV	<input type="checkbox"/> E
	<input type="checkbox"/> Enfisema sub-cutâneo	<input type="checkbox"/> Hemoptise	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Irregular

<b>Circulação</b>	<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 cardíaco Respiratória				
	<input checked="" 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	

<b>Neuro</b>	<input type="checkbox"/> Normal	<input checked="" type="checkbox"/> Sonolência	<input type="checkbox"/> Obrubilidade	<input type="checkbox"/> Agitação	<input type="checkbox"/> Coma
--------------	---------------------------------	--	---------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------

<b>Abertura ocular</b>	<b>Resposta Verbal</b>	<b>Resposta Motora</b>
<input type="checkbox"/> Espontânea 4 <input checked="" type="checkbox"/> voz 3 <input type="checkbox"/> À dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Orientada 5 <input type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Palavras Improprias 3 <input checked="" type="checkbox"/> Palavras Incompreensas 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Obdece comandos 6 <input checked="" type="checkbox"/> Localiza Dor 5 <input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4 <input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3 <input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1

<b>Gineco</b>	<input type="checkbox"/> Abortamento Ameaça	<input type="checkbox"/> Espontâneo	<input type="checkbox"/> Provocado	<input type="checkbox"/> Metrorragia
	<input type="checkbox"/> Parto A Termo	<input type="checkbox"/> Parto Pré - Termo	<input type="checkbox"/> Parto Pós - Termo	

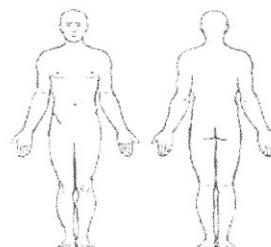
<b>TRAUMA</b>	<b>Descrição</b>	<b>Crâ</b>	<b>Face</b>	<b>Col</b>	<b>Tór</b>	<b>Bac</b>	<b>Msd</b>	<b>Mse</b>	<b>Mid</b>	<b>Mie</b>
	<b>Escoriação</b>									
	<b>Cont</b>									
	<b>Ferim</b>									
	<b>Luxa</b>									
	<b>Frat</b>									
	<b>Lace</b>									
	<b>Secç</b>									

<b>controle de O2</b>						<b>QUEIMADURAS</b>	<b>Cab</b>	<b>Pesc</b>	<b>T Ant</b>	<b>Tpos</b>	<b>Perín</b>	<b>Msd</b>	<b>Mse</b>	<b>Mid</b>	<b>Mie</b>
<b>Consumo de O2</b>	150	140	130	120	110										
	100	90	80	70	60										
	50	40	30	20	10										

<b>Consumo de O2</b>	150	140	130	120	110
	100	90	80	70	60
	50	40	30	20	10

<b>Consumo de O2</b>	150	140	130	120	110
	100	90	80	70	60
	50	40	30	20	10

I				
II				
III				



## Controle de Itinerários

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
118588	118591	118594		
Hora	Hora	Hora	Hora	Hora
12:10	12:22 12:26	13:30		
	Visto	Visto	Visto	

### 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	12:26						
PA	110/70						
FC	106						
FR							
GLASGOW							
TEMP							
Sat O2	85						
Hgt							

### Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente acamada, sonolenta, dispneica, SAT 85%, transferida de sua residência para Hospital 10 de Junho de Pinda, sem intercorrência até o local.

Gleidson Miguel  
Enfermeiro  
COREN-SP 346.809

### 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	assinatura
RG/CPF	
Médico Responsável	Enfermeiro Responsável Gleidson Miguel Enfermeiro COREN-SP 346.809
Data _____	Data 15/10/22
Condutor Socorrista	
Data _____	