



Ficha de Acompanhamento

OS

BÁSICA UTI ADULTO UTI INFANTIL UTI NEO UTI ÁREA EVENTOS PARTICULAR APH
 EXAMES TRASFERÊNCIA HOSPITALAR ALTA HOSPITALAR INTERNAÇÃO

EMPRESA

P.P. nrs

Solicitante

AND 2014

Data *08.04.22*

Origem

X 2025 Auto.

X

Nome: *Basquê Te MASCULINO*

Idade

Contato: I

Sexo

Masculino

Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

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

Enfisema sub-cutâneo

Hemoptise

Irregular

Circulação

Pulso Regular

Irregular

Ausente

Cheio

Fino

Parada cardíio Respiratória

Pele Normal

Palidez

Cianose

Quente

Fria

Seca

Úmida

Dor Torácica Típica

Atípica

Pressão Arterial Hipotensão

Pressão Arterial Hipertensão

Choque Hipovolêmico

Séptico

Anaflatico

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 Improprias 3
 Palavras Incompreencias 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

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

Consumo de O2

150 140 130 120 110

Consumo de O2

100 90 80 70 60

50 40 30 20 10

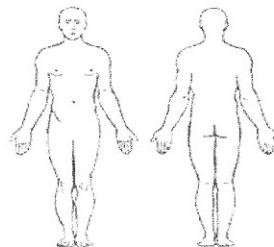
Consumo de O2

150 140 130 120 110

Consumo de O2

100 90 80 70 60

50 40 30 20 10



Controle de Itinerários

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 120825	km 120828	km 120830	km	km
Hora 16:25	Hora 16:30 18:30	Hora 19:33	Hora	Hora
	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
PA
FC
FR
GLASGOW
TEMP
Sat O2
Hgt

Observações Médicas / Enfermeiros

Eventos sem Intervenções

Alan
150864

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

Data ____/____/____

Enfermagem Responsável

Data 09/04/2020

Condutor Socorrista

Data ____/____/____