



**REALVIDAS**  
RESCUOS E EMERGÊNCIAS 24H

# Ficha de Acompanhamento

OS

- |                                 |  |                                       |  |                                   |                                  |                                     |                              |
|---------------------------------|--|---------------------------------------|--|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> BÁSICA | <input type="checkbox"/> UTI ADULTO              | <input type="checkbox"/> UTI INFANTIL | <input type="checkbox"/> UTI NEO         | <input type="checkbox"/> UTI ÁREA | <input type="checkbox"/> EVENTOS | <input type="checkbox"/> PARTICULAR | <input type="checkbox"/> APH |
| <input type="checkbox"/> EXAMES | <input type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR |                                       | <input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR |                                   |                                  | <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO |                              |

EMPRESA

CASSI

Solicitante

Data 22.04.22

Origem: Hosp. Acidente T. Kids x Sino Brantivis x Hosp. Acidente T. Kids

Nome: José Luiz Zanichelli Idade 63 Contato: I

Sexo

- Masculino  Feminino

SUS / CONVENIO

CASSI

Nº CARTEIRINHA 030005636740028

## Principais

- Dificuldades respiratórias  Dores  
 Febre  Nausea

- Tonturas  
 Vomitos

## Vias Aéreas

- Alergia  Obstrução Parcial  Obstrução Total  
 Vias Livres  Broncoaspiração  Edema de Glote  
 Corpo estanho

## 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"/> à D               |
| <input checked="" 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         |

## Circulação

- |   |   |  |   |                                   |
|---|---|--|---|-----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Pulso Regular     | <input type="checkbox"/> Irregular                    | <input type="checkbox"/> Ausente             | <input checked="" type="checkbox"/> Cheio | <input type="checkbox"/> Fino     |
| <input type="checkbox"/> Parada cardíaco Respiratória | <input checked="" type="checkbox"/> Palidez           | <input type="checkbox"/> Cianose             | <input type="checkbox"/> Quente           | <input type="checkbox"/> Fria     |
| <input checked="" type="checkbox"/> Pele Normal       | <input type="checkbox"/> Úmida                        | <input type="checkbox"/> Dor Torácica Típica | <input type="checkbox"/> Atípica          |                                   |
| <input type="checkbox"/> Seca                         | <input type="checkbox"/> Pressão Arterial Hipertensão | <input type="checkbox"/> Séptico             | <input type="checkbox"/> Cardiog          |                                   |
| <input type="checkbox"/> Pressão Arterial Hipotensão  | <input type="checkbox"/> Séptico                      | <input type="checkbox"/> Anafilático         | <input type="checkbox"/> Palpebral        | <input type="checkbox"/> Anasarca |
| <input type="checkbox"/> Choque Hipovolêmico          | <input type="checkbox"/> Palpebral                    | <input type="checkbox"/> M. Inferiores       | <input type="checkbox"/> M. Superficiais  |                                   |
| <input type="checkbox"/> Edema Ausente                |   |  |   |                                   |

## Neuro

- Normal  Sonolência  Obrubilação  Agitação  Coma

## Abertura ocular

- Espontânea 4  
 voz 3  
 A dor 2  
 Nenhuma 1

## Resposta Verbal

- Orientada 5  
 Confusa 4  
 Palavras Improprias 3  
 Palavras Incompreensias 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

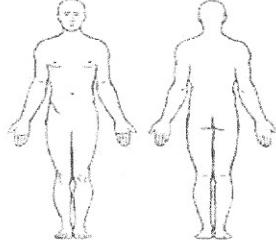
Consumo de O2	150	140	130	120	110
	100	90	80	70	60
	50	40	30	20	10

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 121707	km 121861	km S/NO 121882	km 121901	km 122051
Hora 13:10 15:36	Hora 15:36 17:15	Hora 14:55 19:33	Hora 20:15 23:16	Hora 23:16
Visto <i>Eliene Rodrigues da Silva</i> COREN-SP 755.309 - AE <i>Eliene</i>	Visto <i>Daniela da Silva Lima</i> COREN-SP 1540414-TE <i>Daniela</i>	Visto <i>Jordanio Conceição da Silva</i> COREN-SP 001.454.230-TE		

### 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

*Remoção realizada sem intercorrências*

*08/06/2022*

### 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    /    /

Condutor Socorrista

*Claudio*

Data 22/04/22