



REALVIDAS
AMBULÂNCIAS E EMERGÊNCIAS 24h

Ficha de Acompanhamento

BÁSICA

UTI ADULTO

UTI INFANTIL

UTI NEO

UTI ÁREA

PARTICULAR

APH

EMPRESA Pact. Luci. MACHADO - ASSIS, 111

Solicitante

MICHAEL

Data 01.02.21

Hora 07:30

DESTINO: Resid. x INSS x RSD

PARA:

Name: Lucimara Soares

Idade 47 Contato: I

Telefone: 91520801

Sexo Masculino

Feminino

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

Ausência MV

à D

Expansibilidade Normal

Superficial

Regular

Irregular

Enfisema sub-cutâneo

Hemoptise

Circulação Pulso Regular

Irregular

Ausente

Cheio

Parada cardíaco Respiratória

Palidez

Clanose

Fino

Pele Normal

Úmida

Quente

Fria

Seca

Pressão Arterial Hipotensão

Dor Toráciaca Típica

Atípica

Pressão Arterial Hipertensão

Choque Hipovolêmico

Séptico

Cardiog

Edema Ausente

Palpebral

M. Inferiores

Anasarca

Neuro

Normal

Sonolência

Obnubilação

Agitação

Coma

Abertura ocular

Resposta Verbal

Resposta Motora

Espontânea 4

Orientada 5

voz 3

Confusa 4

A dor 2

Palavras Improprias 3

Nenhuma 1

Palavras Incompreensias 2

Nenhuma 1

Gineco

Abortamento Ameaça

Esportâneo

Provocado

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

HORA

07:30

PA

130x80

FC

75

FR

39

GLASGOW

36°

Temp

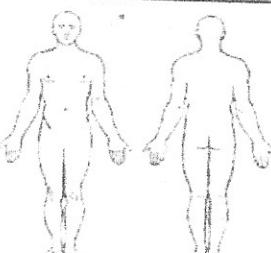
96

Sat O2

105

Hgt

105



Controle de Itinerários

Saída Base	Chegada / Destino	Saída / Destino	Chegada / Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
Hora	Hora	Hora	Hora	Hora
96269.	96285.	96301	96309.	
07:30.	02:55. 08:15.	08:30. 09:15.	09:30	

Observações Médicas

(15 lines for medical observations)

Observações Complementares

(15 lines for complementary observations)

Médico Responsável

(Signature box)

Data ____/____/____

Técnica Responsável

(Signature box)

Data ____/____/____