

Ficha de Acompanhamento

OS

<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR		<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR		<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO		

EMPRESA M. SILVASolicitante HalisonData 10.06.22Origem: Hosp. Esb. AX SANTOS LORENS XNome: JONAS DA SILVA MOURA

Idade _____

Contato: I _____

Sexo

 Masculino Feminino

SUS / CONVENIO

Sul América.Nº CARTEIRINHA 582013490030246804**Principais** Dificuldades respiratórias Dores Tonturas**Queixas** Febre Nausea Vomitos**Vias Aéreas** Alergia Obstrução Parcial Obstrução Total Vias Livres 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 Superficial Ausência MV à D Expansibilidade Normal Hemoptise Regular E Enfisema sub-cutâneo**Circulação** Pulso Regular Irregular Ausente Cheio Fino Parada cardíaco Respiratória Palidez Cianose Quente Fria Pele Normal Úmida Dor Torácica Típica Atípica Seca Pressão Arterial Hipertensão Séptico Anafilático Cardiog Pressão Arterial Hipotensão Palpebral M. Inferiores Anasarca Choque Hipovolêmico Edema Ausente**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 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

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

Consumo de O2

150

140

130

120

110

100

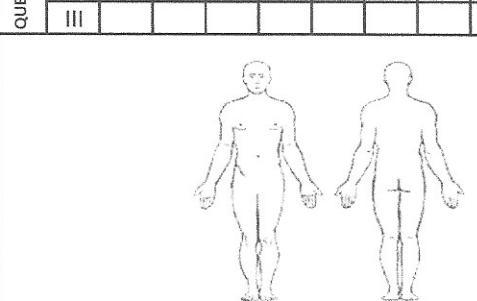
90

80

70

60

50



Controle de Itinerários

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 122334	km 122375	km 122395.	km 122443	km
Hora 01:48	Hora 02:20. 02:40	Hora 03:00. 03:15	Hora 4:00	Hora
Visto <i>Luz Guiherme Vezzaro Santos COREN-SP 614.985 - Enf</i>	Visto <i>Bruna Eklund da Silva COREN-SP 001.490.223 TE BB</i>	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

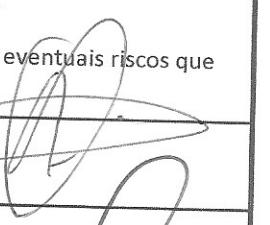
Paciente na Observação do hospital GEPOG em Guaratinguetá, leito de Observação Mantendo SSUU estáveis, saturando 99% em AA, PA 120x80 mmHg realizou transferência sem intercorrências

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 José Luiz de Moura assinatura 
RG/CPF 253333678-50

Médico Responsável

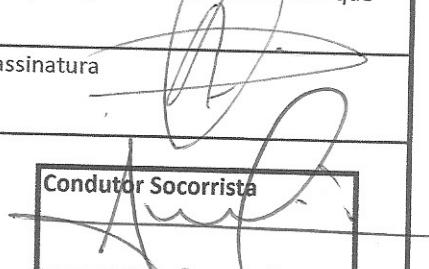
Data

Enfermagem/ Responsável

Data

Condutor Socorrista

Data



10/06/22