

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

<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 checked="" 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"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT				
Tipos de Exames					<input type="checkbox"/> CATE	<input type="checkbox"/> TOMO	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	<input type="checkbox"/> Outros
					<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT /TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.	
EMPRESA <u>P. Linda</u>					Solicitante <u>Anchieta</u>			Data <u>01/06/24</u>		
Origem: <u>Quadra Coberta</u> x								x		
Nome:					Idade		Contato:			
SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino										
SUS / CONVENIO										
Saída Base		Origem		Destino		Destino		Chegada Base		
km	km	km		km		km		km		
<u>153465</u>	<u>153468</u>	<u>8:05</u>						<u>153472</u>		
Hora	Hora	Hora Chegada	Hora Saída	Hora Chegada	Hora Saída	Hora Chegada	Hora Saída	Hora		
<u>7:30</u>	<u>gabriellaa</u>	<u>16:27</u>						<u>16:40</u>		
Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	Vista Destino							
Nº CARTEIRINHA										
Neurológica <input type="checkbox"/> Lúcido <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Conciente <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Inconsciente										
Pupilas <input type="checkbox"/> Isocôricas <input type="checkbox"/> Anisocorica <input type="checkbox"/> Midriátrica <input type="checkbox"/> Miotica <input type="checkbox"/> D ou E <input type="checkbox"/> É Maior										
Respiratória <input type="checkbox"/> Eupnélico <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Braquicardia <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Cheyne Stokes <input type="checkbox"/> Biot <input type="checkbox"/> Kussmaul										
Circulatório <input type="checkbox"/> Pulso normocadiaco <input type="checkbox"/> Ritimico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Dicrotico <input type="checkbox"/> Taquisfmgia <input type="checkbox"/> Brasismgia <input type="checkbox"/> Filiforme										
Abdomem <input type="checkbox"/> Plano <input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Protuberante <input type="checkbox"/> Escavado <input type="checkbox"/> Flácido <input type="checkbox"/> Em Avental										
Membros Superior <input type="checkbox"/> Alterados <input type="checkbox"/> Não Alterados					Membros Inferiores <input type="checkbox"/> Alterados <input type="checkbox"/> Não Alterados					
Sinais Vitais										
HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt			
Abertura ocular			Resposta Verbal				Resposta Motora			
<input type="checkbox"/> Espontânea 4	<input type="checkbox"/> Orientada 5	<input type="checkbox"/> Obdece comandos 6								
<input type="checkbox"/> voz 3	<input type="checkbox"/> Confusa 4	<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5								
<input type="checkbox"/> A dor 2	<input type="checkbox"/> Palavras Imprórias 3	<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4								
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Palavras Incomprêencivas 2	<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3								
	<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2								
		<input type="checkbox"/> Nenhuma								
TRAUMA										
	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
	Escoriação									
	Cont									
	Ferim									
	Luxa									
	Frat									
	Lace									
	Secç									
QUEIMADURAS										
	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie	
I										
II										
III										
Consentimento para transporte de Pacientes										
Declaro que fui orientado pela equipe da ambulancia e 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 <u>Gabriela Alvaranga de Abreu</u>					assinatura <u>Gabriela Alvaranga de Abreu</u>					
RG/CPF <u>408 336 728-86</u>										

Observações Médicas / Enfermeiros

Informo que a equipe da Ambulância Corpoceum na Unidade Cetano para a realização do jogo do dia 02 de junho de 2024. Termos de observação intercorrência.

Elisângela de Lima Faria
Enfermeira
COREN-SP : 601.917

Gisele Andrade

Materiais Utilizados

REALIZADAS

Oxigênio	01 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou
	02 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou
	03 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou
	04 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou

Médico Responsável

Data _____

Enfermagem Responsável

Elisângela de Lima Faria
Enfermeira
COREN-SP : 601.917

Data 02/06/24

Condutor Socorrista

Luis Fernando
Data 02/06/24