

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 checked="" type="checkbox"/> EXAMES	<input type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR		<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR		<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT	

Tipos de Exames CATE TOMO RX CPRS PET SCAM Outros

EMPRESA

H. Unimed.

Solicitante

*Socorro*Data *01.12.23*Origem: *Hospital Coração Unimed x C. Vida.*Nome: *Marcia Renizete Oliveira Silva* Idade *49* Contato:Sexo Masculino FemininoSUS / CONVENIO *Unimed*

pp

Nº CARTEIRINHA *0970001902257953*

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <i>133338</i>	km <i>133341</i>	km <i>133344</i>	km
<i>133280</i>	Hora Chegada <i>03:22</i>	Hora Chegada <i>01:35</i>	Hora Chegada <i>02:11</i>	<i>133405</i>
Hora	Hora Saida <i>01:27</i>	Hora Saida <i>02:02</i>	Hora Saida	Hora
	Vista Origem <i>Wenceslau Domingues Mvés</i> <i>Téc. de Enfermagem</i> <i>Coron-BP 00105620</i>	Vista Destino <i>Chácara Mato Domingos Mvés</i> <i>Téc. de Enfermagem</i> <i>Coron-BP 00105620</i>		<i>03:28</i>

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado InconscientePupilas Isocôricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É MaiorRespiratória Eupnélico Taquicardia Bradiacardia Apnéia Cheyne Stokes Biot KussmaulCirculatório Pulso normocadiaco Ritimico Arritmico Dicrotico Taquifgmia Brasisfgmia FiliformeAbdomem Plano Globoso Protuberante Escavado Flácido Em AventalMembros Superior Alterados Não Alterados | Membros Inferiores Alterados Não Alterados

Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

Abertura ocular

- Espontânea 4
- voz 3
- A dor 2
- Nenhuma 1

Resposta Verbal

- Orientada 5
- Confusa 4
- Palavras Improórias 3
- Palavras Incomprêencivas 2
- Nenhuma 1

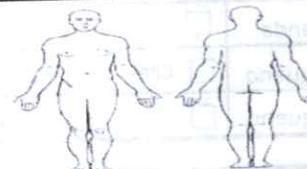
Resposta Motoria

- Obdece comandos 6
- Localiza Dor 5
- Movimentos de retardia 4
- Flexão Anormal 3
- Extensão Anormal 2
- 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 ambulância 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 *Marcia Renizete de S. Liva*
RG/CPF *28914726-8*

assinatura

Observações Médicas / Enfermeiros

Remoção do paciente (p) do hospital unimed em coropus, para clínico vidas, remoção do paciente do clínico vidas para o hospital unimed sem intercorrência

Materiais Utilizados

REAL VIDAS

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 - Pegueno	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	

Médico Responsável

Enfermagem Responsável

Layanny Antunes Gonzaga
Técnica de Enfermagem
COREN-SP 001.808.905

Condutor Socorrista

Data _____ / _____ / _____