

Ficha de Acompanhamento

OS

- BÁSICA UTI ADULTO UTI INFANTIL UTI NEO UTI ÁREA EVENTOS PARTICULAR APH
 EXAMES TRASFERÊNCIA HOSPITALAR ALTA HOSPITALAR INTERNAÇÃO SIV - INT

Tipos de Exames CATE TOMO RX CPRS PET SCAM
 GTT TQT / TQM US RMN T. C. HIPER. Outros

EMPRESA P. PintorSolicitante Edilson AndradeData 05.05.23Origem: São Paulo X

X

Nome: Bia Andrade

Idade

Contato:

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>23 Km</u>	km <u>23 Km</u>	km	km
<u>23 Km</u>	Hora Chegada <u>19:20</u>	Hora Chegada <u>22:10</u>	Hora Chegada	
Hora	Hora Saida <u>21:00</u>	Hora Saida	Hora Saida	Hora
	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	
	<u>18:50</u>			

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado InconscientePupilas Isocôricas Anisocoria Midriátrica Miotica D ou E É MaiorRespiratória Eupnéico Taquicardia Braquicardia Apnéia Cheyne Stokes Biot KussmaulCirculatório Pulso normocadiaco Ritímico Arritmico Dicrotico Taquisfmgia Brasifgmia 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
 //

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

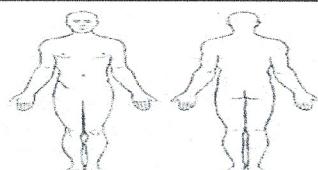
Resposta Motora

- 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 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	assinatura
RG/CPF	

Observações Médicas / Enfermeiros

~~SEN - INTERCORPORESIST SÓ É O MELHOR~~

Claudemir da Silva
Téc. de Enfermagem
COREN-SP 460.605

Materiais Utilizados

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

Médico Responsável

Data _____

Enfermagem Responsável

Claudemir da Silva
Téc. de Enfermagem
COREN-SP 460.605

Data 05/05/23

Condutor Socorrista

Audi
Data _____