

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 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 checked="" 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"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT / TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.	Outros	

EMPRESA P. PINDA Solicitante Andréia Data 02-04-23

Origem: Paq. Cidade X

Nome: corrida de Rua Idade _____ Contato: _____

Sexo Masculino

Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>22876</u>	km <u>22888</u>	km	km
<u>22874.</u>	Hora Chegada <u>08:00</u>	Hora Chegada <u>01:15</u>	Hora Chegada	
Hora	Hora Saída <u>01:00</u>	Hora Saída	Hora Saída	Hora
	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	
	<u>01.15.</u>			

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado Inconsciente

Pupilas Isocôricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior !

Respiratória Eupnêico Taquicardia Braquicardia Apnéia Cheyne Stokes Biot Kussmaul

Circulatório Pulso normocadiaco Ritímico Arritmico Dicrotico Taquisfmgia Brasismgia Filiforme

Abdomem Plano Globoso Protuberante Escavado Flácido Em Avental

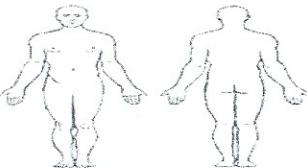
Membros Superior Alterados Não Alterados Membros Inferiores Alterados Não Alterados

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"/> Movimentos de retardia 4	<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3	<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3	<input type="checkbox"/> Palavras Incomprêencivas 2	<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2

TRAUMA	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
	Escoriação									
	Cont									
	Ferim									
	Luxa									
	Frat									
	Lace									
	Secç									

	QUEIMADURAS											
	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perif	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

~~SEM FERIADO NESTE DIA 01 DE MARÇO~~

Claudemir da Silva
Téc. de Enfermagem
COREN-SP 400.605

Materiais Utilizados

~~PROTEÇÃO AO VIVER~~

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 400.605

Data

Condutor Socorrista

Data