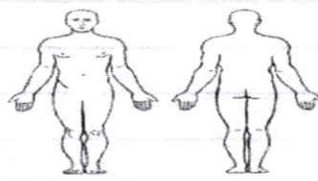
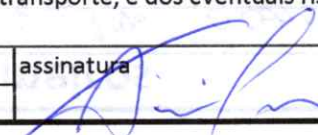


Ficha de Acompanhamento										OS																																																		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 46276 km à 46341 km - foi realizada outra remoção VTR 498 </div>																																																												
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> BÁSICA <input checked="" type="checkbox"/> EXAMES </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> UTI ADULTO <input type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR </div> <div> <input type="checkbox"/> UTI INFANTIL <input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR </div> <div> <input type="checkbox"/> UTI NEO <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO </div> <div> <input type="checkbox"/> UTI ÁREA <input type="checkbox"/> SIV - INT </div> <div> <input type="checkbox"/> EVENTOS <input type="checkbox"/> PARTICULAR </div> <div> <input type="checkbox"/> APH </div> </div>																																																												
Tipos de Exames <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> CATE <input type="checkbox"/> GTT </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> TOMO <input type="checkbox"/> TQT /TQM </div> <div> <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> US </div> <div> <input type="checkbox"/> CPRS <input type="checkbox"/> RMN </div> <div> <input type="checkbox"/> PET SCAM <input type="checkbox"/> T. C. HIPER. </div> <div>Outros</div> </div>																																																												
EMPRESA <u>D.M. Boreira</u>				Solicitante <u>Nic.</u>				Data																																																				
Origem: <u>Santa Casa Ap.</u>				x Hosp. Reg. <u>SSC.</u>				x <u>Santa Casa Ap.</u>																																																				
Nome: <u>Caroline Masulli Monteiro</u>				Idade <u>11</u>				Contato:																																																				
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino				Nº CARTEIRINHA																																																								
SUS / CONVENIO <u>SUS</u>																																																												
Saída Base		Origem		Destino		Destino		Chegada Base																																																				
km		km		km		km		km																																																				
<u>46122</u>		<u>46187</u>		<u>46276</u>		<u>46341</u>																																																						
Hora		Hora Saída		Hora Saída		Hora Saída		Hora																																																				
		<u>12:15h.</u>		<u>13:15</u>		<u>18:24</u>																																																						
Visto Origem		Visto Destino		Visto Destino		Visto Destino																																																						
<u>10:20</u>		<u>Lucas Barreto Ferreira</u>		<u>Lucas Barreto Ferreira</u>		<u>Lucas Barreto Ferreira</u>																																																						
Neurológica <input type="checkbox"/> Lúcido <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input checked="" type="checkbox"/> Conciente <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Inconsciente																																																												
Pupilas <input checked="" type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Midriática <input type="checkbox"/> Miotica <input type="checkbox"/> D ou E <input type="checkbox"/> É Maior																																																												
Respiratória <input checked="" type="checkbox"/> Eupnéico <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 checked="" type="checkbox"/> Pulso normocardiaco <input type="checkbox"/> Rítmico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Dicrotico <input type="checkbox"/> Taquissfmgia <input type="checkbox"/> Bradisfmgia <input type="checkbox"/> Filiforme																																																												
Abdomem <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Não Alterados				Membros Inferiores <input type="checkbox"/> Alterados <input checked="" 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"/> voz 3 <input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1		<input type="checkbox"/> Orientada 5 <input type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3 <input type="checkbox"/> Palavras Incompreêncivas 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1				<input type="checkbox"/> Obedece comandos 6 <input type="checkbox"/> Localiza Dor 5 <input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4 <input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3 <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																																																												
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <table border="1" style="width: 45%;"> <thead> <tr> <th colspan="10">QUEIMADURAS</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Cab</th> <th>Pesc</th> <th>T Ant</th> <th>Tpos</th> <th>Perín</th> <th>Msd</th> <th>Mse</th> <th>Mid</th> <th>Mie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>I</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>II</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>III</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> <div style="width: 50%; text-align: center;">  </div> </div>											QUEIMADURAS											Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie	I										II										III									
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>Carla Francisco Monteiro</u>							Assinatura 																																																					
RG/CPF <u>012.685-733</u>																																																												

Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente encontra-se em leito, cabedear elevadas; acompanhada da mãe, consciente, orientada, em ar ambiente, ffcv, ABD plano, sem edema.

12:15 Transfere para Hosp. Reg. SJC

13:15 Chegada em SJC; Ag. Av. Cirurgia

18:05 Retorno para origem, Sr. Casa Ap.

19:24 Chegada em Ap.

Materiais Utilizados

Pedágios	Qual	Refeição / Lanche	Sim	Não
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

07/07/24

Enfermagem Responsável

Data

07/07/24

Condutor Socorrista

Data

__/__/__