

**REALVIDAS**
HUMANIZAÇÃO EM EMERGÊNCIAS 24h

Ficha de Acompanhamento

OS

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

Tipos de Exames ☐ CATE ☐ TOMO ☐ RX ☐ CPRS ☐ GTT ☐ TOT /TQM ☐ US ☐ RMN ☐ T. C. HIPER. Outros **PET CT**

EMPRESA MED SOLIA Solicitante _____ Data 07.11.22

Origem: VIVAGO x H. ANTUNHO S. MARMO

Nome: FABIANO AP. SILVA TOLEDO Idade _____ Contato: _____

Sexo ☐ Masculino ☒ Feminino

SUS / CONVENIO SUL AMERICA Nº CARTEIRINHA 88888450909900010

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>130616</u>	km <u>130621</u>	km <u>130626</u>	km
<u>130552</u>	Hora Chegada <u>20:05</u>	Hora Chegada <u>21:15</u>	Hora Chegada <u>22:15</u>	
Hora	Hora Saída <u>20:39</u>	Hora Saída <u>21:30</u>	Hora Saída	Hora
<u>19131</u>	Vista Origem <u>ENFERMEIRA</u> <u>COREN SP 493.482</u>	Vista Destino	Vista Destino	

Neurologica ☒ Lucido ☐ Comunicativo ☐ Orientado ☐ Consciente ☐ Desorientado ☐ Inciente ☐ Confuso

Pupilas ☐ Pupilas Isocóricas ☐ Pupilas Anisocóricas ☒ Foto Reagente ☐ Foto Não Reagente ☐ D ou E ☐ É Maior

Respiratória ☐ Taquicardia ☐ Braquicardia ☒ Positiva ☐ Negativa

Circulatório ☐ Pulso ☐ Sem Pulso ☐ Pulso Forte ☒ Filiforme

Abdomem ☐ Plano ☒ Globoso ☐ Rígido ☒ Flácido

Membros Superior ☐ Alterados ☒ Não Alterados Membros Superior ☐ Alterados ☒ Não Alterados

Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
				<u>15</u>			

Abertura ocular

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

Resposta Verbal

- ☒ Orientada 5
☐ Confusa 4
☐ Palavras Impróprias 3
☐ Palavras Incompreensões 2
☐ Nenhuma 1

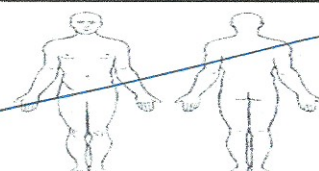
Resposta Motora

- ☒ Obedece 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 pelos 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 Maria Mader

RG/CPF: 34332417-9

Assinatura

Observações Médicas / Enfermeiros

RN em AR ambiente corado, hidratado, mantendo SNG NARINA (D), sinais vitais estáveis. TRANSFERIDO DO HOSPITAL VIKALKE PARA HOSPITAL em SACAREI em EUBADORA, sem intercorrências ao decorrer da viagem.

Gleudson Miguel
Enfermeiro
COREN-SP 346.809

Materiais Utilizados

Oxigenio	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

07/11/22

Enfermagem Responsável

Data

07/11/22

Condutor Socorrista

Data