



REALVIDAS
EMERGÊNCIAS 24h

Ficha de Acompanhamento

OS

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

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

Outros

PET CT

EMPRESA *Med Soluções*

Solicitante

Data *21/10/22*

Origem: *Pinda*

x *B. DO PINAI R* x *BANNA MANSA - PINDA*

Nome: *WADIM DUEKAP SARQUIS AIEP* Idade *35* Contato:

Sexo

Masculino

Feminino

SUS / CONVENIO *08888460408200116*

Nº CARTEIRINHA *SUL AMÉRICA*

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <i>130/32</i>	km <i>130/73</i>	km <i>130/388</i>	km
<i>129895</i>	Hora Chegada <i>08:00</i>	Hora Chegada <i>9:40</i>	Hora Chegada <i>13:50</i>	
Hora	Hora Saida <i>8:35</i>	Hora Saida <i>10:30</i>	Hora Saida	Hora
<i>5:00</i>	Visto Origem <i>Wadim</i>	Vista Destino <i>Kristiane</i>	Vista Destino	

Neurologica Lucido Comunicativo Orientado Conciente 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

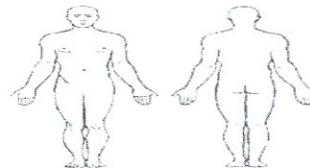
Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
<i>08:40 L</i>	<i>124x67</i>	<i>72</i>	<i>20</i>	<i>15</i>	<i>36.2</i>	<i>96</i>	

Abertura ocular		Resposta Verbal				Resposta Motora			
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4	<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5					<input checked="" 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"/> Palavras Improprias 3					<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4			
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Palavras Incompreensias 2					<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3			
	<input type="checkbox"/> Nenhuma 1					<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					<i>S</i>					
	Lace										
	Secç										

QUEIMADURAS	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	assinatura
RG/CPF	

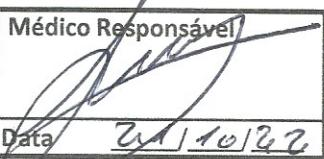
Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente vítima de trauma (colisão automobilística) na data de ontem (20/10/22), internado no hospital Unimed Barra do Piraí (origem) com transferência para Unimed Volta Redonda (destino). Consciente. Orientado, orientado 114+, tichatado, afebril, anictérico, acianótico, hipoxico em ar ambiente. Couro cabeludo - pele integra, liga em região toracica aos movimentos, abdomen plano, E límite ^{anatomoclinico} fisiologico em fundo e SUD, Ponteiras livres. *André M. da Cunha
Enfermeiro
CREF/SP 442104*

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



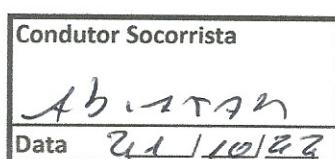
Data 21/10/22

Enfermagem Responsável



Data 21/10/22

Condutor Socorrista



Data 21/10/22

5:20
13:15

5:35
13:20