

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 UNIMED CASA PINKA Solicitante UNIMED CASA PINKA Data 18/07/23
Origem: UNIMED.CASA PINKA x S.CASA PINKA x

Nome: Antonia maria da Cis Idade 58 Contato:

Sexo Masculino

Feminino

SUS / CONVENIO unimed vale

Nº CARTEIRINHA 970 001900 2036844

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>138 015</u>	km <u>138 051</u>	km <u>138 054</u>	km
<u>138 064</u>	Hora Chegada <u>05:45</u>	Hora Chegada <u>6:25</u>	Hora Chegada <u>06:43</u>	
Hora	Hora Saída <u>06:30</u>	Hora Saída <u>6:30</u>	Hora Saída	Hora
	Visto Origem <u>Andréia Faria do B. Santo</u> <u>COREN-SP 682270</u> <u>Entrevista</u>	Vista Destino <u>EF 2020 DS Natura</u> <u>EF 2020 DS Natura</u>	Vista Destino	
<u>04.52</u>				

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado Inconsciente

Pupilas Isocôricas Anisocôrica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnéico Taquicardia Braquicardia Apnéia Cheyne Stokes Biot Kussmaul

Circulatório Pulso normocadiaco Ritímico Arritmico Dicrotico Taquisfmgia Brasisfmgia 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
<u>132x79</u>	<u>79</u>	<u>20</u>		<u>15</u>	<u>35.6</u>	<u>100%</u>	

Abertura ocular

- Espontânea 4
 voz 3
 A dor 2
 Nenhuma 1

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

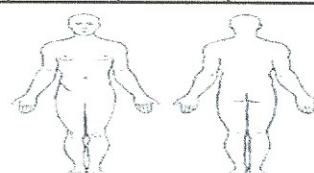
Resposta Motoria

- 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 ambulância 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

Realizadas Rondas às 8h30m da manhã de hoje para conta
caso da Pinda, localizada entre os bairros com quadro de ITU em quase 70
momentos, encarregada de seu atendimento.
Data: 20/07/23

Materiais Utilizados

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

Buciana
Data 18/07/23

Condutor Socorrista

Data _____/_____/_____