

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"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	<input type="checkbox"/> INTERNACÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT	<input type="checkbox"/>

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 H-UNIMED CACAPAVA Solicitante _____ Data 14.01.26Origem: H-UNIMED CACAPAVA x H-10 JUKO xNome: Emilia Alves das Doss Santos Silva Idade 40. Contato: _____Sexo Masculino FemininoSUS / CONVENIO UNIMED

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>145 844</u>	km	km	km
<u>145 798</u>	Hora Chegada <u>18:17</u>	Hora Chegada	Hora Chegada	<u>145 891</u>
Hora	Hora Saída <u>18:30</u>	Hora Saída	Hora Saída	Hora

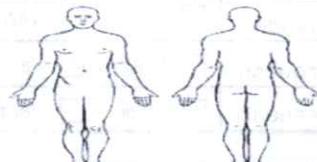
Visto Origem Vista Destino Vista Destino 17:25 19:45Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado InconscientePupilas Isocóricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É MaiorRespiratória Eupnéico Taquicardia Braquicardia Apnéia Cheyne Stokes Biot KussmaulCirculatório Pulso normocadiaco Ritímico Arritmico Dicrotico Taquisfmgia Brasifgmia FiliformeAbdômem Plano Globoso Protuberante Escavado Flácido Em AventalMembros 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"/> 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 Incomprêencivas 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Obdece 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									

	QUEIMADURAS									
	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid		
	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

Realizada remoção de ptl com ambulância da UTE, um mero, remoção da fibra, LOTE, corado, sem níveis em AA, contendo, mantém os AVP em USO forte cubeta salivada, o CT (remoção para UTE Hospital ID de falso ptl remetendo ao HD AIT/AVC), emergência realizada, sem intervenção.

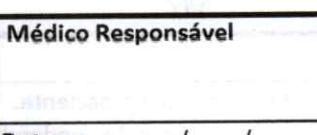
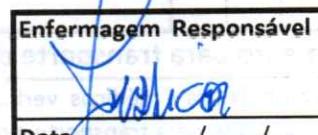
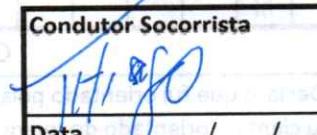
H.I. Paciente, grande com história de hipertensão e ASMA em acompanhamento com especialista. Negou outras comorbidades e desejos de exames. LOTE, expectora, hiperemia, dor no Abd. Frio, febre, Afebril. Acido: RBC 7T, BNP, sem sepsis.

Paciente encaminhado ao hospital da unimed para hospital ID Sude de pneumo, sangramento, sem intervenções.

Lucas A. Mariotto
Médico
CRM-SP 247733

Materiais Utilizados

REAL VIDAS

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 				Enfermagem Responsável 		Condutor Socorrista 	
Data _____				Data _____		Data _____	