

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

788.

| | | | | | | | |
|--|--|--|----------------------------------|---------------------------------------|---|-------------------------------------|------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> BASICA | <input type="checkbox"/> UTI ADULTO | <input type="checkbox"/> UTI INFANTIL | <input type="checkbox"/> UTI NEO | <input type="checkbox"/> UTI ÁREA | <input checked="" type="checkbox"/> EVENTOS | <input type="checkbox"/> PARTICULAR | <input type="checkbox"/> APH |
| <input type="checkbox"/> EXAMES | <input type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR | <input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR | <input type="checkbox"/> CPRS | <input type="checkbox"/> PET SCAM | <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO | <input type="checkbox"/> SIV - INT | |
| | | | | <input type="checkbox"/> RX | <input type="checkbox"/> TQT/TOM | <input type="checkbox"/> US | <input type="checkbox"/> RMN |
| | | | | <input type="checkbox"/> T. C. HIPER. | | | |

Tipos de Exames CATE TOMO RX CPRS PET SCAM
 GTT TQT/TOM US RMN T. C. HIPER. Outros

EMPRESA Prefeitura de Pinda Solicitante _____ Data 02.03.25.

Origem: P. DA CIDADE x

Nome: CARNAVAL PINA Idade _____ Contato: _____

Sexo Masculino Feminino

| SUS / CONVENIO | SAÍDA BASE | Origem | Destino | Destino | CHEGADA BASE |
|----------------|--------------------|--------------------|---------------|---------|--------------|
| | km 70007 | km 70012. | km 70016 | km | km |
| | Hora Chegada 14:00 | Hora Chegada 23:00 | Hora Chegada | | |
| | Hora Saída | Hora Saída | Hora Saída | | |
| | Visto Origem | Vista Destino | Vista Destino | | Hora |
| | <i>G. Galvão</i> | | | | |

Neurológica Lúcido Orientado consciente Confuso Comunicativo Não Verbaliza

Pupilas Isocôricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnêico Taquipneico Bradipneico Dispneico Apneia

Circulatório Normocárdico Tarquicardico Bradicardico Fíliforme

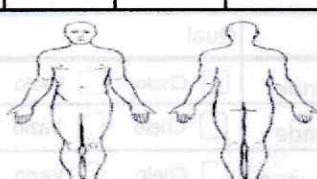
Abdomem Plano Globoso Protuberante Escavado Flácido Em Avental Gravidico

Membros Superior Alterados Não Alterados Membros Inferiores Alterados Não Alterados

Sinais Vitais

| HORA | PA | FC | FR | GLASGOW | TEMP | Sat O2 | Hgt |
|------|----|----|----|---------|------|--------|-----|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| TRAUMA | Descrição | Resposta Verbal | | | | Resposta Motoria | | | |
|--------|------------|--|--|--|--------------------------------|------------------------------------|---|----------------------------------|---|
| | | <input type="checkbox"/> Espontânea 4 | <input type="checkbox"/> Orientada 5 | <input 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"/> Movimentos de retardia 4 |
| | Escoriação | <input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3 | <input type="checkbox"/> Palavras Incomprêndivas 2 | <input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3 | | <input type="checkbox"/> Nenhuma 1 | <input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2 | | <input type="checkbox"/> Nenhuma |
| | Cont | | | | | | | | |
| | Ferim | | | | | | | | |
| | Luxa | | | | | | | | |
| | Frat | | | | | | | | |
| | Lace | | | | | | | | |
| | Secç | | | | | | | | |

| TRAUMA | QUEIMADURAS | | | | | | | | |  | |
|--------|-------------|------|-------|------|-------|-----|-----|-----|-----|--|--|
| | Cab | Pesc | T Ant | Tpos | Perin | Msd | Mse | Mid | Mie | | |
| | I | | | | | | | | | | |
| | II | | | | | | | | | | |
| | III | | | | | | | | | | |

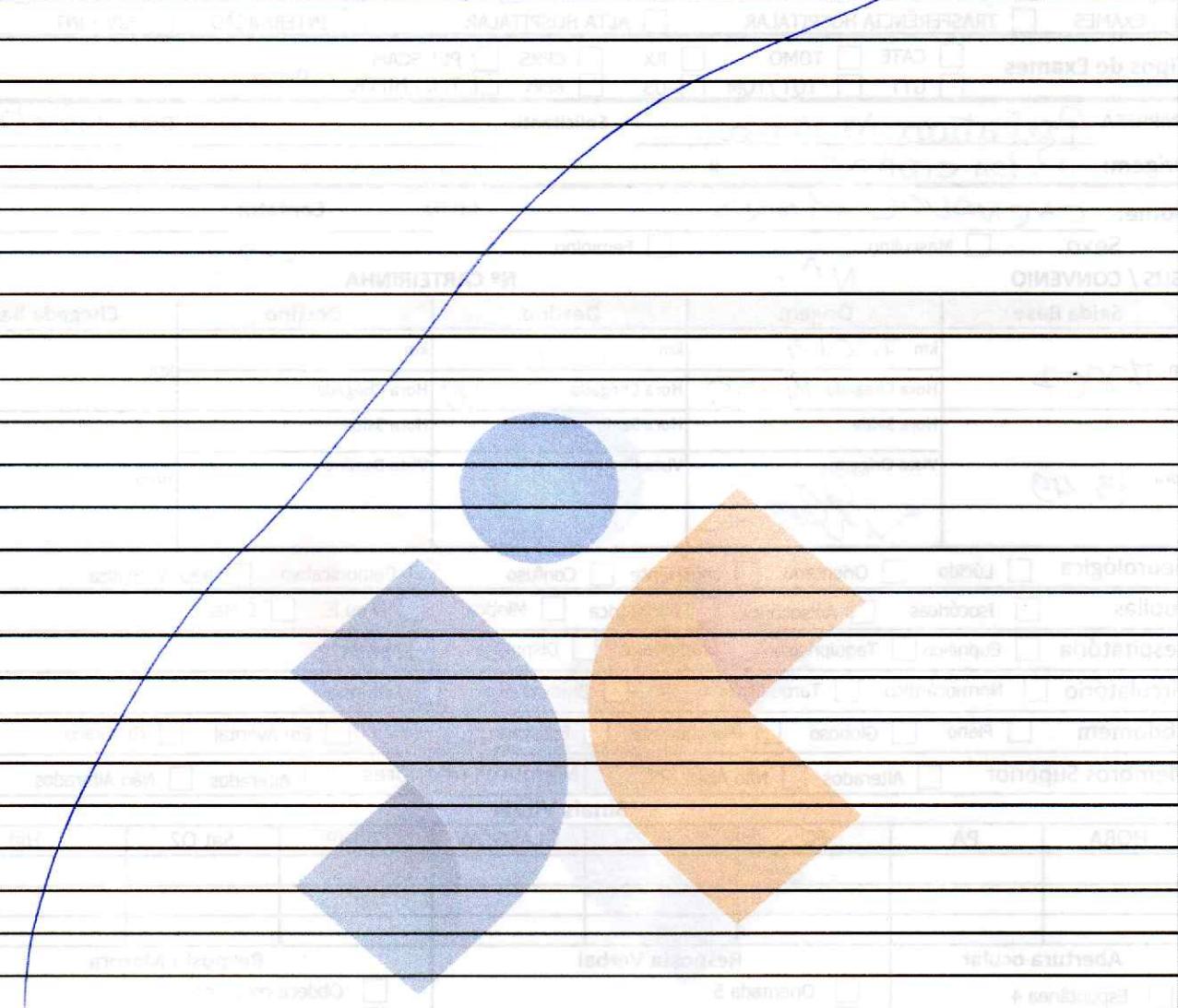
Consentimento para transporte de Pacientes

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

Sem Interpretação



Materiais Utilizados

REAL VIDAS

| Pedagios | Qual | Refeição / Lanche | Sim | Não | <i>J</i> |
|----------|--------------|---|----------------------|-----|----------|
| 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 - Pegueno | <input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso | Quantos Bar Utilizou | | |

Médico Responsável

Data

Enfermagem Responsável

Data

Condutor Socorrista

Data