

**REALVIDAS**
REMOÇÕES E 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 ☐ TQT/TQM ☐ US ☐ RMN ☐ T. C. HIPER. Outros

EMPRESA MED SALVA Solicitante _____ Data 05/06/22

Origem: HOS. 10 JULHO x S.C. PUNTO X

Nome: GICERO ABELEARD R. Idade _____ Contato: _____

Sexo ☒ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO SUL AMÉRICA Nº CARTEIRINHA 98888006594960015

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
<u>129084</u>	<u>129086</u>	<u>129089</u>	<u>129091</u>	
Hora	Hora	Hora	Hora	Hora
<u>21:55</u>	<u>21:55</u>	<u>22:20</u>	<u>22:45</u>	
Hora	Hora	Hora	Hora	Hora
<u>21:40</u>	<u>22:10</u>	<u>22:30</u>		
Visto Origem	Visto Destino	Visto Destino	Visto 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

	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
HORA							

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

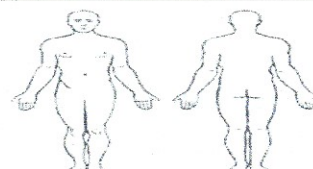
Resposta Motora

- ☐ Obedece comandos 6
☐ Localiza Dor 5
☐ Movimentos de retardia 4
☐ Flexão Anormal 3
☐ Extensão Anormal 2
☐ Nenhuma

TRAUMA	Descrição	Crã	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
	Escoriação									
	Cont									
	Ferim									
	Luxa									
	Frat									
	Lace									
	Secç									

QUEIMADURAS

	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perfn	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 Divina da Silva Rodrigues Martins Gomes

assinatura

RG/CPF 44.420.479-9

Observações Médicas / Enfermeiros

22:00 RECESO CLIENTE HOSPITAL LOYALHO,
CONSCIENTE, ORIENTADO ATESTADO PI SANTA CASA
PINDAMBA EM BULÂNCIA SÍMPLES EM JOTA
DEMONSTRANDO PELA ENTREVISTA, MOTORISTA E
FILHA DO - NEFRÓLITASE, PIELONEFRITASE -
REFERE NAS DM - LANTENDO AUR EM MSF
SOSSA CUBITAL - SEQUE AOS CUIDADOS DA
ENFERMAGEM

22:20 CHEGADA DESTINO SANTA CASA DE
PINDA

Claudemir da Silva
Rec. de Enfermagem
COREN-SP 460.605

Claudemir da Silva
Rec. de Enfermagem
COREN-SP 460.605

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

Enfermagem Responsável

Data

Conductor Socorrista

Data