

**REALVIDAS**  
REMOÇÕES E EMERGÊNCIAS 24h

# 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 ☐ GTT ☐ TQT /TQM ☐ US ☐ RMN ☐ T. C. . HIPER. Outros

EMPRESA \_\_\_\_\_ Solicitante \_\_\_\_\_ Data 25-08-22

Origem: PINDA X SJC- EVENTO X PINDA

Nome: \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_

Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO \_\_\_\_\_ Nº CARTEIRINHA \_\_\_\_\_

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>124511</u>	km <u>124565</u>	km	km
<u>124458</u>	Hora Chegada <u>13:00</u>	Hora Chegada <u>17:40</u>	Hora Chegada	
Hora	Hora Saída <u>16:55</u>	Hora Saída	Hora Saída	Hora
<u>12:00</u>	Visto Origem	Vista Destino	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

	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

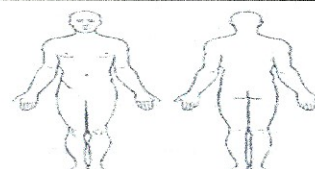
### Resposta Motora

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

TRAUMA	Descrição	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 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 \_\_\_\_\_

RG/CPF \_\_\_\_\_

assinatura \_\_\_\_\_

## Observações Médicas / Enfermeiros

## 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  
Claudemir da Silva  
Téc. de Enfermagem  
COREN-SP 460.695

Data

Condutor Socorrista

Data

ABIAIR.

25/9/22