

Ficha de Acompanhamento

| | | | | | | | |
|--|--|--|----------------------------------|-----------------------------------|---|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA | <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"/> RX | <input type="checkbox"/> CPRS | <input type="checkbox"/> PET SCAM | <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO | <input type="checkbox"/> SIV - INT |

Tipos de Exames CATE TOMO RX CPRS PET SCAM T.C. HIPER. Outros

EMPRESA P. PINDA Solicitante Ana Paula Data 30/09/23

Origem: PACOTE AZUL X

Nome: EVENTO Praça Quartel P. Cime Idade _____ Contato: _____

Sexo Masculino

Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

| Saída Base | Origem | Destino | Destino | Chegada Base |
|------------|--------------------|--------------------|---------------|--------------|
| km | km 132350 | km 132354 | km | km |
| 132 347 | Hora Chegada 17:20 | Hora Chegada 23:40 | Hora Chegada | |
| Hora | Hora Saída | Hora Saída | Hora Saída | Hora |
| 14:30 | Visto Origem | Vista Destino | Vista Destino | |

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado Inconsciente

Pupilas Isocôricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnêico Taquicardia Braquicardia Apnéia Cheyne Stokes Biot Kussmaul

Circulatório Pulso normocadiaco Ritimico Arritmico Dicotico Taquisfmgia Brasifgmia 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 |
|-------|-----|----|----|---------|------|--------|-----|
| 20:40 | 105 | 20 | 15 | | | 99% | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Abertura ocular

- Espontânea 4
- voz 3
- A dor 2
- Nenhuma 1

Resposta Verbal

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

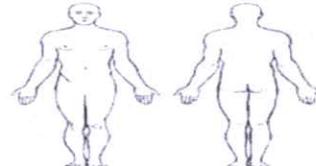
Resposta Motora

- 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

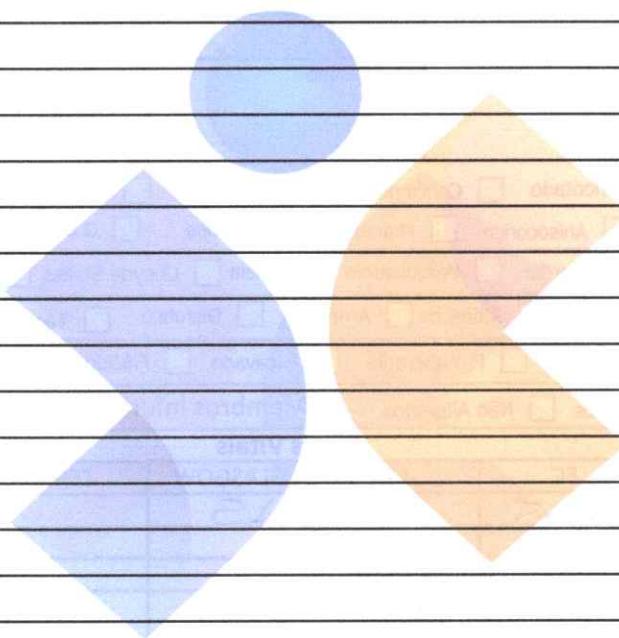
assinatura

RG/CPF

Observações Médicas / Enfermeiros

20:40 JAMES MAXWELL W. da SILVA gaucho
 18 ANOS, RECENTE CRISE AGRÁFICA.
 INSTÂNCIA ESTERNA NAZAL TIPO OCULTO 02
 D' 3 2 | 2 2. SEGURO AS CINTURAS DE ENFERMEIRO.
 20:50 APÓS MEDIDAS DE LIGADAS 02 SORVETES
 99% Fe = 105 R = 20

Claudenir da Silveira
 Réc. de Enfermagem
 COREN-SP 460.605



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

Data _____

Enfermagem Responsável

Cláudenir da Silveira
 Réc. de Enfermagem
 COREN-SP 460.605

Data 30/09/23

Condutor Socorrista

Júlio
 Data 30/09/23