

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 type="checkbox"/> EVENTOS	<input type="checkbox"/> PARTICULAR	<input checked="" 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	

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

EMPRESA *Med Solua* Solicitante *JG OR* Data *01.04.23.*

Origem: *Pq Guara* x Host. F. Golub x

Nome: *Lúcia Marques Pires* Idade *30* Contato:

Sexo Masculino Feminino
 SUS / CONVENIO *Qualif. Qua.* Nº CARTEIRINHA *09700032000653797*

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <i>22768</i>	km <i>22749</i>	km	km
<i>2100</i>	Hora Chegada <i>22:40</i>	Hora Chegada <i>22:17</i>	Hora Chegada <i>22:42</i>	<i>22789</i>
Hora	Hora Saída <i>22:12</i>	Hora Saída <i>23:12</i>	Hora Saída	Hora
<i>22706</i>	Visto Origem <i>Kelly Fernandes Pires</i>	Vista Destino <i>Natalia Parada Melo dos Santos</i> COREN-SP 1352446-TE	Vista Destino	<i>0045</i>

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado Inconsciente

Pupilas Isocôricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior !

Respiratória Eupnéico Taquicardia Braquicardia Apnéia Cheyne Stokes Biot Kussmaul

Circulatório Pulso normocadiaco Ritimico Arritmico Dicrotico Taquisfmgia Brasismgia Filiforme

Abdomem Plano Globoso Protuberante Escavado Flácido Em Avental

Membros Superior Alterados Não Alterados Membros Inferiores Alterados Não Alterados

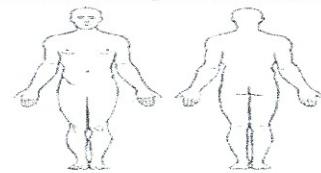
Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<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"/> Palavras Improórias 3	<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Palavras Incomprêencivas 2	<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3
	<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<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	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 <i>Kelly Sárcana Góes Maia</i>	assinatura <i>Rafael Góes</i>
RG/CPF <i>32.810.833-4</i>	

Observações Médicas / Enfermeiros

RECEBIDO CRITICO, PRESENTE DE SUSTO
RESISTENCIAS ENFERMOS E BULIMIA. SIEBELLES ENFERMAGEM
ESTABILIZADO. STABILIZADO PARA PROCEDIMENTO
HOSPITAL - FONTE CIRURGICO EQUATORIAL VETOR.
USO - PASSAGEM DE SPET, ATÉ A
mesma noite.

ACORDAMOS COM O CORPO ENFERMEIRO +
FILHO E CONDUZIR. SEQUE EQUIPAMENTOS
SEM INTERFERENCIA ATÉ O momento

Claudemir da Silva
Téc. de Enfermagem
COREN-SP 460.605

Materiais Utilizados

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

Enfermeiro Responsável

Téc. de Enfermagem
COREN-SP 460.605

Data

Condutor Socorrista

Data