

Ficha de Acompanhamento

<input type="checkbox"/> BÁSICA	<input checked="" 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 type="checkbox"/> APH
<input type="checkbox"/> EXAMES	<input checked="" type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR		<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR		<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 H. U. CACAPAU Solicitante RECEPAS Data 03/04/24

Origem: H. CACAPAU x H. CACAPAU x

Nome: MIRIAN SILVA TEIXEIRA A. Idade 81 Contato:

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO UNIMED Nº CARTEIRINHA 0917028000043015.

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>38795</u>	km <u>38863</u>	km <u>38945</u>	km
<u>38797</u>	Hora Chegada <u>11:00</u>	Hora Chegada <u>11:00</u>	Hora Chegada <u>10:00</u>	Hora
Hora	Hora Saída <u>11:02</u>	Hora Saída <u>12:00</u>	Hora Saída	
<u>09:56</u>	Vista Origem <u>Antônio Luís M. Cardoso</u> Enfermeira <u>ROREN-SP 708371</u>	Vista Destino	Vista Destino	

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado Inconsciente

Pupilas Isocôricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnéico Taquicardia Bradiacardia Apnéia Cheyne Stokes Biot Kussmaul

Circulatório Pulso normocadiaco Ritítmico Arritmico Dicrotico Taquisfmgia Brasisfmgia Filiforme

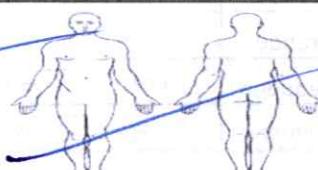
Abdome Plano Globoso Protuberante Escavado Flácido Em Avental

Membros Superior Alterados Não Alterados Membros Inferiores Alterados Não Alterados

Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
	<u>129x53</u>		<u>87</u>	<u>15</u>		<u>75%</u>	

TRAUMA	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie	Resposta Verbal		Resposta Motora	
											Orientada 5	Confusa 4	Palavras Improórias 3	Palavras Incomprêencivas 2
	Escoriação													
	Cont													
	Ferim													
	Luxa													
	Frat													
	Lace													
	Secç													

TRAUMA	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.

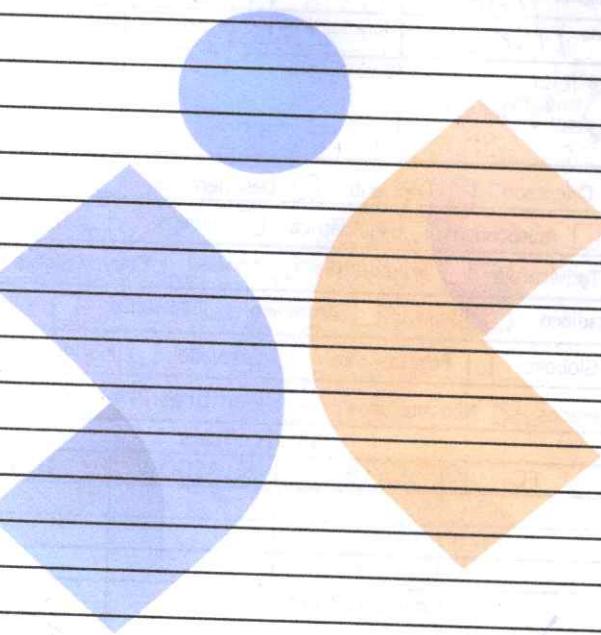
Estou ciente das intervenções necessárias da equipe médica para a segurança do transporte, e dos eventuais riscos que envolvam a viagem que será realizada

Nome	assinatura
RG/CPF	

Observações Médicas / Enfermeiros

1^a consciente, orientada, eufônica, deambula com dificuldade, AVPHSD, 129/153. P. 87, Sat. 75%. Foi acompanhada pelo esposo em carro a parte, seguiu viagem de ida sem intercorrências.

Angelita C. G. Araújo
Tec de Enfermagem
COREN-SP 162432



Materiais Utilizados

REAL VIDAS

Oxigênio	01 - Grande	<input checked="" 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

Dur
03/04/24

Enfermagem Responsável

Data

Angelita C.G. Araújo
03/04/24

Condutor Socorrista

Data

NB.
