

Ficha de Acompanhamento

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 PET SCAM
 GTT TQT / TQM US RMN T. C. HIPER. Outros

EMPRESA *P. Guanis* **Solicitante** **Data** *15-11-22*

Origem: *Pinda* *x Guanis - Evento x Guanis*

Nome: _____ **Idade:** _____ **Contato:** _____

Sexo Masculino

Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <i>126131</i>	km <i>126176</i>	km	km
<i>126085</i>	Hora Chegada <i>8:09</i>	Hora Chegada <i>19:00</i>	Hora Chegada	
Hora	Hora Saída <i>18:00</i>	Hora Saída	Hora Saída	Hora
	Visto Origem <i>7:00</i>	Vista Destino	Vista Destino	

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado Inconsciente

Pupilas Isocóricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnéico Taquicardia Braquicardia Apnéia Cheyne Stokes Biot Kussmaul

Circulatório Pulso normocadiaco Ritímico Arritmico Dicrotico Taquisfmgia Brasísfgmia Filiforme

Abdômem Plano Globoso Protuberante Escavado Flácido Em Avental

Membros Superior Alterados Não Alterados **Membros Superior** Alterados Não Alterados

Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

Abertura ocular

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

Resposta Verbal

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

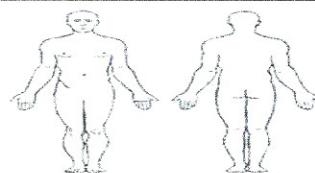
Resposta Motora

- 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 ambulancia 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

08:48 - Buciana São José dos Campos 62A temperatura 36.1
08:49 - Norma Spidia São José dos Campos 67A temperatura 36.1
10:10 - Jocelma São José dos Campos 72A sono fisiologico no alto (5)
10:15 - Raimunda Ribeiro Pinto PA 140x80 mmHg
10:20 Denia São José de Rio Preto PA 130x80mmHg
10:30 Nivens São José dos Campos PA 140x90 mmHg
10:30 Antônio São José dos Campos PA 120x80mmHg
11:15 Gelia São José Rio Preto constrição na má esquerda realizou
enfurecimento.
12:00 maria Gelia Mogi 75A PA 120x80 mmHg
12:15 Eraldo mogi PA 150x80 mmHg
15:00 Augusta Osasco sono fisiologico no alto (5)

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 - Pegueno	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	

Médico Responsável

Enfermagem Responsável

Condutor Socorrista

• 50% Marine oceanic wave response
• be deliberate 29