



## 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  TOT/TQM  US  RMN  T. C. HIPER. Outros PET CT

EMPRESA MED SUL DA S.A. Solicitante Data 07.11.22

Origem: VIVACO x H. Antônio S. Matos

Nome: FABIANA A.P. SUL DA TOLEDO Idade Contato:

Sexo  Masculino  Feminino

SUS / CONVENIO SUL AMÉRICA Nº CARTEIRINHA 88388450909980010

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km 130616	km 130621	km 130626	km
130552	Hora Chegada 20:05	Hora Chegada 21:15	Hora Chegada 22:15	
Hora	Hora Saída 20:39.	Hora Saída 21:30	Hora Saída	Hora
18131	Vista Origem ENFERMEIRA DOREN SP 493.482	Vista Destino	Vista Destino	

Neurologica  Lucido  Comunicativo  Orientado  Conciente  Desorientado  Inciente  Confuso

Pupilas  Pupilas Isocôricas  Pupilas Anisocôricas  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

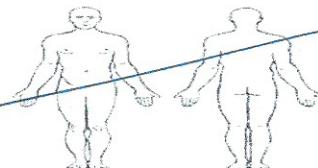
HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
				15			

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4	<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5	<input checked="" type="checkbox"/> Obedece 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 Improprias 3	<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Palavras Incompreensias 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

	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie
I									
II									



## 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: *Manoela Matos M. M. S.*  
 RG/CPF: *341332417-9*

assinatura

*Manoela*

## Observações Médicas / Enfermeiros

RN Em AR Ambiente Cozido HIDRATADO, manter do SNG na Riva (D), 3m3 vitais ESTABEIS. TRANSFERIDO DO HOSPITAL VIKING PARA HOSPITAL EM JACAREI EM FABADORA, sem intercorrências ao decorrer DA viagem -

Gleidson Miguel  
Enfermeiro  
COREN-SP 346.899

## 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	Enfermagem Responsável	Condutor Socorrista
09/11/22	09/11/22	
Data	Data	Data