

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"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT	

Tipos de Exames	<input type="checkbox"/> CATE	<input type="checkbox"/> TOMO	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	
	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT/TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.	Otros

EMPRESA INSTITUTO NOGUINHA Solicitante _____ Data 05.06.29

Origem: H. QUELVA x S.C. SÃO JOSE CAMPOS x

Nome: Regiane Lopes de Oliveira, Idade 34, Contato: _____

Sexo:

Masculino

Feminino

SUS / CONVENIO

SUS

Nº CARTEIRINHA NJ

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>150260.</u>	km <u>15403</u>	km <u>150976</u>	km
<u>150120</u>	Hora Chegada <u>05:20</u>	Hora Chegada <u>07:20</u>	Hora Chegada <u>10:00</u>	
Hora	Hora Saida <u>05:30</u>	Hora Saida <u>09:06</u>	Hora Saida <u>11:00</u>	Hora
	Visto Origem <u>03:30</u>	Vista Destino <u>Vânia Moraes</u> <u>Dra. Henness Dárdito</u> <u>Ginecologia e Obstetrícia</u> <u>SP 152-320-ENF</u> <u>SP 58-2101 / TEGO-184/PR</u>	Vista Destino	

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado Inconsciente

Pupilas Isocôricas Anisocôrica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnéico Taquicardia Braquicardia Apnéia Cheyne Stokes Biot Kussmaul

Circulatório Pulso normocadiaco Ritímico Arritmico Dicrotíco Taquicardia Brasisfimia 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

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

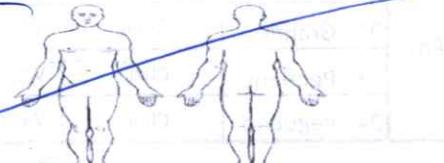
Movimentos de retardia 4

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 ambulância e médicos verbalmente sobre o quadro clínico do paciente.

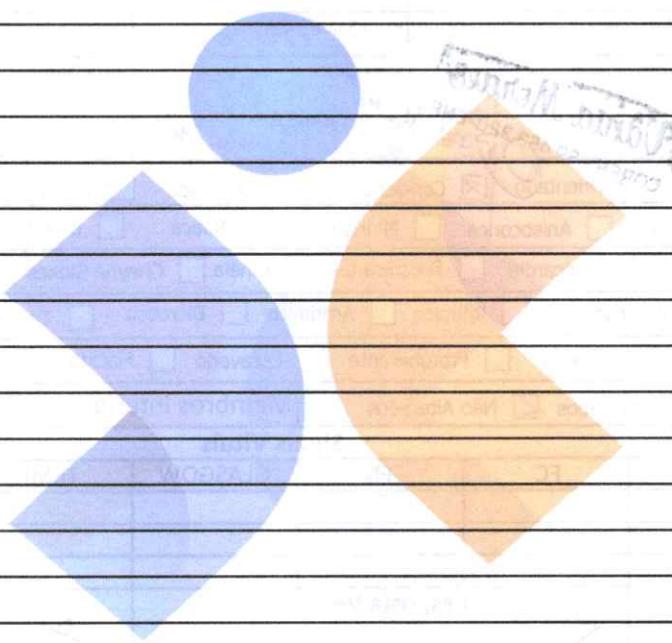
Estou ciente e orientado do quadro clínico do paciente para transporte e dos riscos envolvidos no transporte, podendo o paciente apresentar quadro clínico de instabilidade durante o percurso.

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

Pete consciente, orientada, eupneica, deambulando com dificuldade, gestante de 36 semanas, veio acompanhada pelo esposo Gilmar, seguia viagem de ida sem intercorrências.



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

Médico Responsável

Data

Enfermagem Responsável

Data

Condutor Socorrista

Data