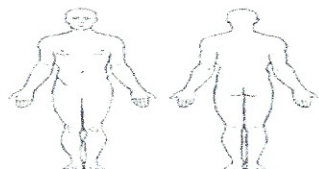


Ficha de Acompanhamento												OS												
<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA <input type="checkbox"/> UTI ADULTO <input type="checkbox"/> UTI INFANTIL <input type="checkbox"/> UTI NEO <input type="checkbox"/> UTI ÁREA <input checked="" type="checkbox"/> EVENTOS <input type="checkbox"/> PARTICULAR <input type="checkbox"/> APH <input type="checkbox"/> EXAMES <input 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"/> T.C. HIPER. <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> TQT/TQM <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> RMN																								
EMPRESA <u>Pinda x Praia Clube</u> Solicitante <u>Simone</u> Data <u>21.04.23</u>																								
Origem: _____ X _____ X																								
Nome: <u>Bosquete</u> Idade _____ Contato: _____																								
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino																								
SUS / CONVENIO Nº CARTEIRINHA																								
Saída Base		Origem		Destino		Destino		Chegada Base																
km		km		km		km		km																
<u>136448</u>		<u>136450</u>						<u>136453</u>																
Hora		Hora Chegada		Hora Chegada		Hora Chegada		Hora																
		<u>16:01</u>																						
Hora		Hora Saida		Hora Saida		Hora Saida		Hora																
<u>15:54</u>		<u>17:50</u>																						
Visto Origem		Visto Destino		Visto Destino		Visto Destino		Visto Destino																
								<u>18:02</u>																
Neurológica <input type="checkbox"/> Lúcido <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Conciente <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Inconsciente																								
Pupilas <input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Midriática <input type="checkbox"/> Miotica <input type="checkbox"/> D ou E <input type="checkbox"/> É Maior																								
Respiratória <input type="checkbox"/> Eupnéico <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Braquicardia <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Cheyne Stokes <input type="checkbox"/> Biot <input type="checkbox"/> Kussmaul																								
Circulatório <input type="checkbox"/> Pulso normocardiaco <input type="checkbox"/> Ritimico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Dicrotico <input type="checkbox"/> Taquisfmgia <input type="checkbox"/> Brasisfmgia <input type="checkbox"/> Filiforme																								
Abdomem <input type="checkbox"/> Plano <input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Protuberante <input type="checkbox"/> Escavado <input type="checkbox"/> Flácido <input type="checkbox"/> Em Avental																								
Membros Superior <input type="checkbox"/> Alterados <input type="checkbox"/> Não Alterados Membros Inferiores <input type="checkbox"/> Alterados <input type="checkbox"/> 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"/> voz 3 <input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1				<input type="checkbox"/> Orientada 5 <input type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3 <input type="checkbox"/> Palavras Incomprêncivas 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1				<input type="checkbox"/> Obedece comandos 6 <input type="checkbox"/> Localiza Dor 5 <input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4 <input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3 <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																								
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

Sem Intercorrência

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

Enfermagem Responsável

Luciana

Data

21/04/23

Condutor Socorrista

Adriano de Oliveira

Data

21/04/23