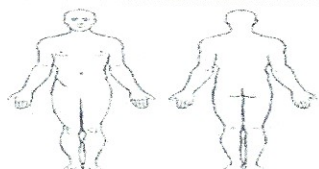


Ficha de Acompanhamento												OS																																											
<input type="checkbox"/> BÁSICA <input type="checkbox"/> UTI ADULTO <input type="checkbox"/> UTI INFANTIL <input checked="" type="checkbox"/> UTI NEO <input type="checkbox"/> UTI ÁREA <input type="checkbox"/> EVENTOS <input type="checkbox"/> PARTICULAR <input type="checkbox"/> APH <input type="checkbox"/> EXAMES <input 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. Outros <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> TQT/TQM <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> RMN																																																							
EMPRESA <u>M. SALVA</u> Solicitante <u>IGOR</u> Data <u>29.03.23</u>																																																							
Origem: _____ X _____ X																																																							
Nome: <u>AFONSO LUIZ FONTANA</u> Idade _____ Contato: _____																																																							
Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino SUS / CONVENIO <u>Sul America</u> Nº CARTEIRINHA <u>00023000480890118</u>																																																							
Saída Base		Origem		Destino		Destino		Chegada Base																																															
km		km		km		km		km																																															
<u>136247</u>		<u>136308</u>		<u>136310</u>		<u>136364</u>																																																	
Hora		Hora Chegada		Hora Chegada		Hora Chegada																																																	
		<u>02:42</u>		<u>03:18</u>		<u>04:45</u>																																																	
Hora		Hora Saída		Hora Saída		Hora Saída		Hora																																															
		<u>03:08</u>		<u>03:30</u>																																																			
Visto Origem		Vista Destino		Vista Destino		Vista Destino																																																	
<u>08:30</u>		<u>Dejanne Batista Rezende de Sousa/João</u>		<u>Luana de Almeida Abreu</u>		<u>PREVISTO 544.831-ENF</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"/> Midríatica <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"/> Ritímico <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 <input type="checkbox"/> Espontânea 4 <input type="checkbox"/> voz 3 <input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1				Resposta Verbal <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				Resposta Motora <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 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th></th> <th>Cab</th> <th>Pesc</th> <th>T Ant</th> <th>Tpos</th> <th>Perín</th> <th>Msd</th> <th>Mse</th> <th>Mid</th> <th>Mie</th> </tr> <tr> <td>I</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>II</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>III</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>														Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie	I										II										III												
	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 <u>Bruna Vitória M. L. Fontana</u>													assinatura <u>Bruna</u>																																										
RG/CPF <u>34824183-7</u>																																																							

Observações Médicas / Enfermeiros

01:30h saída para transferência RN de SSC x SSC.

03:08h Chegada no Hospital polimorfismo
pode RN Alexso L.F. 27 dias de vida; alive
molto AA RVD MSE salinizada febre
 37°C maticas as 2h. Ocomodo do
incubadora ocompanha da mal
vado resultado l x l + proutando dia
rio copia:

03.18h Chego Hosp. São José. O comoda
do quarto 230, maternidade, parto
natural pl. enf. Vanice e eu chego
Resultado ex. 16h + lico; se que o compa
nhado da mãe. transferência sem
intercorrência. Dr. Luis Almeida o com
panhou transferência.

Marta R...
Enf. Super...
COREN 361152 S.P.

Transferencia no wst 2 de SJC x SJC
sem parte o preceis

~~6009999~~

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 29/3/02

Enfermagem Responsável

Marta Ribeiro

Enf. Supervisora

CRP 201152 SP

Data 10/03/23

Conductor Socorrista
Data ____/____/____

29103123