

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 H. UNIMED Solicitante RECEVENDO Data 305.24

Origem: X Contato: X

Nome: ATACY O. DE OLIVEIRAS Idade 81 Contato:

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO UNIMED Nº CARTEIRINHA 091050200132617

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>148660</u>	km <u>149732</u>	km <u>149775</u>	km
<u>146620</u>	Hora Chegada <u>23:45</u>	Hora Chegada <u>00:00</u>	Hora Chegada <u>01:46</u>	
Hora	Hora Saída <u>00:03</u>	Hora Saída <u>00:00</u>	Hora Saída	Hora
Visto Origem <u>23:00</u> Autoria dos Stos C. Froes Enfermeira Coron-SP 515085	Vista Destino <u>01:46</u> Vila Penha Vila de Oliveira COREN-SP 1375262-TE	Vista Destino		

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado Inconsciente

Pupilas Isocôricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnéico Taquicardia Braquicardia Apnéia Cheyne Stokes Biot Kussmaul

Circulatório Pulso normocadiaco Ritimico Arritmico Dicrotico Taquisfmgia Brasisfmgia 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
<u>23:00</u>	<u>140x90</u>	<u>90</u>	<u>20</u>	<u>95</u>	<u>36.1</u>	<u>96%</u>	<u>-</u>
<u>23:30</u>	<u>140x90</u>	<u>95</u>	<u>20</u>	<u>15</u>	<u>36.</u>		

Abertura ocular

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

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

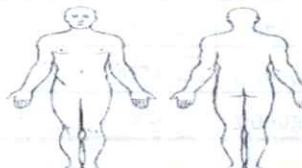
Resposta Motora

- 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

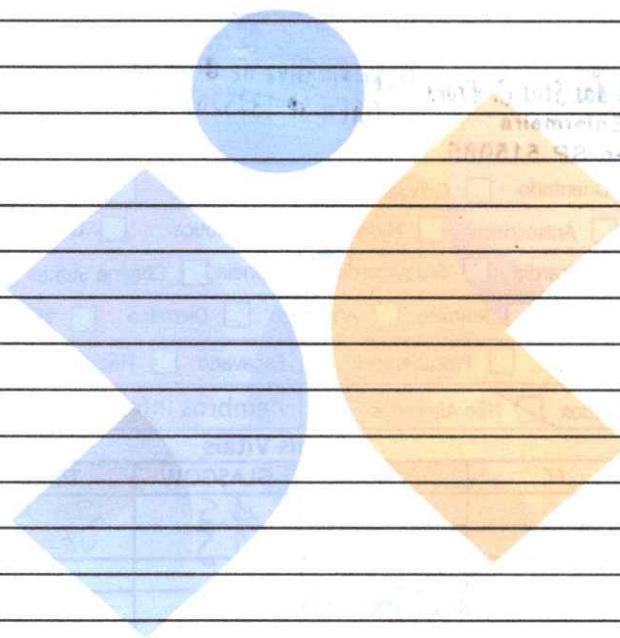
Nome Rosemberg Ab. da Silveira
 RG/CPF 30393946-1

assinatura Rosemberg

Observações Médicas / Enfermeiros

AA - Reg. lot. PIFP, ESGOLIS, AUS N.º 2 em
MSD j. deu anamálida

Assinatura de S. O. Brantina
Enfermeira
COREN/SP 495594



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

Médico Responsável

B. R. G.

Data

/ /

Enfermagem Responsável

Condutor Socorrista

Data

/ /