

**REALVIDAS**
HMOBILIDADE EMERGENCIAS 24h

Ficha de Acompanhamento

OS

☐ BÁSICA ☒ UTI ADULTO ☐ UTI INFANTIL ☐ UTI NEO ☐ UTI ÁREA ☐ EVENTOS ☐ PARTICULAR ☐ APH
☐ EXAMES ☒ TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR ☐ ALTA HOSPITALAR ☐ INTERNAÇÃO ☐ SIV - INT

Tipos de Exames ☒ CATE ☐ TOMO ☐ RX ☐ CPRS ☐ PET CT
☐ GTT ☐ TQT /TQM ☐ US ☐ RMN ☐ T. C. HIPER. Outros

EMPRESA P. AREIAS Solicitante _____ Data 10.11.22

Origem: CRUZEIRO.S.C. x H 12V12 x

Nome: Raimundo Bauhara Idade 69 Contato: _____

Sexo ☒ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
<u>130678</u>	<u>130793</u>	<u>130884</u>	<u>130902</u>	
Hora	Hora Chegada	Hora Chegada	Hora Chegada	
	<u>07:54</u>	<u>08:15</u>	<u>10:36</u>	
	Hora Saída	Hora Saída	Hora Saída	
	<u>08:05</u>	<u>10:05</u>		
	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	
<u>07:20</u>				

Neurologica ☒ Lucido ☒ Comunicativo ☒ Orientado ☒ Conciente ☐ Desorientado ☐ Inciente ☐ Confuso

Pupilas ☒ Pupilas Isocóricas ☐ Pupilas Anisocóricas ☒ 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
<u>08:08h</u>	<u>126x66</u>	<u>89</u>	<u>16</u>	<u>15</u>	<u>36'</u>	<u>98%</u>	
<u>09:05h</u>	<u>120x80</u>	<u>72</u>	<u>18</u>	<u>15</u>	<u>/</u>	<u>97%</u>	

Abertura ocular

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

Resposta Verbal

- ☒ Orientada 5
☐ Confusa 4
☐ Palavras Impróprias 3
☐ Palavras Incompreensões 2
☐ Nenhuma 1

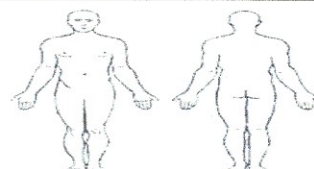
Resposta Motora

- ☒ Obedece 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 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

RG/CPF

assinatura

Observações Médicas / Enfermeiros

08:08h Recebo plantão do cliente em sala
Amarelo Hospital Cruzeiro e transferen-
cia p/ Hospital Regional Taubaté; cliente
EGAS, pupilas ISO e reage em ar am-
biente; PVP MSE a solo base; s/ queixas
algabras; instalado monitorização; SSVV
estável; Mantido.

09:15h Chego Hosp. Regional e me apresento
p/ MIO hemodinâmica; cliente está em
passo plantão p/ enfermeiro SCHO - YAL

Marta Ribeiro dos Santos
Enf. Supervisora
COREN 361152 S.P.

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

Data

10/10/22

CRM 49794

Enfermagem Responsável

Data

10/10/22

Condutor Socorrista

Data

10/10/22