

**REALVIDAS**
REMOÇÕES E EMERGÊNCIAS 24h

Ficha de Acompanhamento

OS

☐ 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 ☐ GTT ☐ TQT /TQM ☐ US ☐ RMN ☐ T. C. . HIPER. Outros

EMPRESA _____ Solicitante _____ Data 22-9-22

Origem: Pinda X Taubaté Evento X Pinda

Nome: _____ Idade _____ Contato: _____

Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO _____ Nº CARTEIRINHA _____

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>124 939</u>	km <u>124 957</u>	km	km
<u>124 920</u>	Hora Chegada <u>17:20</u>	Hora Chegada <u>22:20</u>	Hora Chegada	
Hora	Hora Saida <u>21:40</u>	Hora Saida	Hora Saida	Hora
<u>16:30</u>	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	

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

	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
HORA							

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

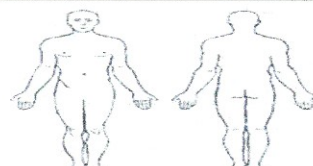
Resposta Motora

- ☐ Obedece comandos 6
☐ Localiza Dor 5
☐ Movimentos de retardia 4
☐ Flexão Anormal 3
☐ Extensão Anormal 2
☐ Nenhuma

TRAUMA	Descrição	Crã	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 _____

assinatura _____

RG/CPF _____