

**REALVIDAS**
REMOÇÃO 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 **PET CT**

EMPRESA CASA SAÚDE Solicitante MAYARS Data 26.10.22

Origem: PITUBATO x HOSP? LOSOLLO x

Nome: JOSE GABRIEL FERREIRA OLIVEIRA Idade 09 Contato: _____

Sexo ☒ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO UNIMED PINO

Nº CARTEIRINHA 0057509011 R\$ 10000.

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
<u>130392</u>	<u>130412</u>	<u>130431</u>		
Hora	Hora Chegada	Hora Chegada	Hora Chegada	
	<u>19:12</u>			
	Hora Saida	Hora Saida	Hora Saida	Hora
	<u>19:35</u>			
	Visto Origem	Visto Destino		
<u>18:10</u>	Adelaine Fernandes Ferreira Enfermeira COREN-SP-434551			

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>100x60</u>	<u>112</u>	<u>24</u>	<u>15</u>	<u>35.9</u>	<u>92</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

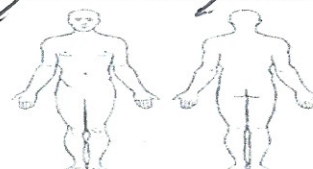
Resposta Motora

- ☒ 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	T pos	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 Fernanda Ferreira de Oliveira

RG/CPF 43.487.718-9

assinatura

Observações Médicas / Enfermeiros

TRANSFERIDO CLIENTE GABRIEL PROCEDENTE
DE SUA RESIDÊNCIA EM AMBULÂNCIA SIMPLES
EM MACA, ATIVO, REATIVO, ACOMPANHADO
PELA ESPOSA HOME KARIZ, MAC, CNF +
MOTONISTA. EM USO DE BTT PL GAVAGAN
+ MERIDIANO VO, USO DE ENALOR GEMINITE.

Claudemir da Silva
Téc. de Enfermagem
COREN-SP 460.605

Materiais Utilizados

Oxigenio	01 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso	Quanto Bar Utilizou	
	02 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso	Quanto Bar Utilizou	
	03 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso	Quanto Bar Utilizou	
	04 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso	Quanto Bar Utilizou	

Médico Responsável

Data

Enfermagem Responsável
Claudemir da Silva
Téc. de Enfermagem
COREN-SP 460.605

Data

Conductor Socorrista

Data