

Ficha de Acompanhamento

os

<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA	<input type="checkbox"/> UTI ADULTO	<input type="checkbox"/> UTI INFANTIL	<input 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 checked="" 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"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT / TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.	Outros

EMPRESA H.U. Caco Paus Solicitante Ricardo Data 14/01/29

Origem: Unimed Capivari x Hospital Fui glória x

Nome: Túlio mendes Amorim Idade _____ Contato: _____

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO ANIMED Nº CARTEIRINHA 970001902154731

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>145691</u>	km <u>145758</u>	km <u>145798</u>	km
<u>145634</u>	Hora Chegada <u>02:40</u>	Hora Chegada <u>03:45</u>	Hora Chegada <u>04:20</u>	
Hora	Hora Saída <u>02:50</u>	Hora Saída <u>03:55</u>	Hora Saída	Hora
<u>01:45</u>	Vista Origem <u>Mor. Ricardo Teodoro</u> <u>Enfermeiro</u> <u>COPREN-SP 367605</u>	Vista Destino <u>Maria Nathália Monteiro</u> <u>COREN - SP 11549 - TE</u>	Vista Destino	

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado Inconsciente

Pupilas Isocóricas Anisocoria Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnéico Taquicardia Bradiacardia Apnéia Cheyne Stokes Biot Kussmaul

Circulatório Pulso normocadiaco Ritítmico Arritmico Dicrotico Taquisfmgia Brasismgia Filiforme

Abdomem Plano Globoso Protuberante Escavado Flácido Em Avental

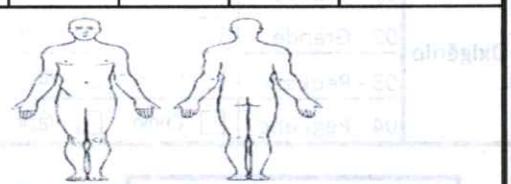
Membros Superior Alterados Não Alterados Membros Inferiores Alterados Não Alterados

Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input type="checkbox"/> Espontânea 4	<input type="checkbox"/> Orientada 5	<input type="checkbox"/> Obdece comandos 6
<input type="checkbox"/> voz 3	<input type="checkbox"/> Confusa 4	<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5
<input type="checkbox"/> A dor 2	<input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3	<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Palavras Incomprêencivas 2	<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3
	<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<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										
	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 ambulância 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>Daniel fl. Siqueira</u>	assinatura <u>Luis</u>
RG/CPF <u>80.972.255-8</u>	

Observações Médicas / Enfermeiros

Xamôgio do paciente em unimed em ciaopar para hospital
fui gravaõ em gravotrijetos sem interconencio

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

Médico Responsável

Data _____/_____/_____

Enfermagem Responsável

Lauany Antunes Gonçaga
Técnica de Enfermagem
FEN SP IX - 2008

Data _____/_____/_____

Condutor Socorrista

Data _____/_____/_____