

Ficha de Acompanhamento

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

EMPRESA	<u>1. UNIMED. CACAPAVA</u>	Solicitante	<u>Lucas</u>	Data	<u>13/04/24</u>
Origem:	<u>Unimed cacapava</u>	x	<u>Sin Galvão</u>	x	
Nome:	<u>Claudia Aparecida A.L. dos Santos</u>		Idade	<u>37</u>	Contato:
Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino	<input checked="" type="checkbox"/> Feminino			
SUS / CONVENIO	<u>Unimed</u>	Nº CARTEIRINHA	<u>09105605052604</u>		

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>150735</u>	km <u>150821</u>	km <u>150990</u>	km
<u>150730</u>	Hora Chegada <u>02:43</u>	Hora Chegada <u>03:50</u>	Hora Chegada	
Hora	Hora Saída <u>02:54</u>	Hora Saída <u>04:00</u>	Hora Saída	Hora
<u>02:11</u>	Visto Origem <u>Rayna Ozório Pinzaga Litro</u>	Visto Destino <u>Pedro Henrique de Figueiredo Santos</u>	Visto Destino	
	<u>COREN-SP 656.649 - ENF</u>	<u>COREN-SP 377845 - ENF</u>		

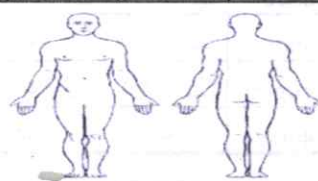
Neurológica	<input checked="" type="checkbox"/> Lúcido	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Conciente	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Inconsciente
Pupilas	<input checked="" type="checkbox"/> Isocóricas	<input type="checkbox"/> Anisocórica	<input type="checkbox"/> Midriática	<input type="checkbox"/> Miotica	<input type="checkbox"/> D ou E
Respiratória	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéico	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Braquicardia	<input type="checkbox"/> Apnéia	<input type="checkbox"/> Cheyne Stokes
Circulatório	<input checked="" type="checkbox"/> Pulso normocardiaco	<input type="checkbox"/> Ritímico	<input type="checkbox"/> Arritmico	<input type="checkbox"/> Dicrotico	<input type="checkbox"/> Taquisfmgia
Abdomem	<input checked="" type="checkbox"/> Plano	<input type="checkbox"/> Globoso	<input type="checkbox"/> Protuberante	<input type="checkbox"/> Escavado	<input type="checkbox"/> Flácido
Membros Superior	<input checked="" type="checkbox"/> Alterados	<input type="checkbox"/> Não Alterados	Membros Inferiores	<input checked="" type="checkbox"/> Alterados	<input type="checkbox"/> Não Alterados

Sinais Vitais							
HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
<u>02:55</u>	<u>110x62</u>	<u>81</u>	<u>24</u>	<u>15</u>	<u>36.6</u>	<u>98.1</u>	

Abertura ocular		Resposta Verbal		Resposta Motora	
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4	<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5	<input checked="" type="checkbox"/> Obedece comandos 6			
<input checked="" 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 Incomprêncivas 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 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	assinatura
RG/CPF	

Observações Médicas / Enfermeiros

Realizado transporte do paciente consciente comunitária, encaminhada para Hospital São Gabriel, sem intubação ———— 24.

Transporte sem intubação ————

DR. ADRIANO DAVID ANGELU
CRM 108810
Atendimentos Médicos
UTI Neonatal, Pediátrica e Adulta

Materiais Utilizados

REALVIDAS

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

Data ____/____/____

Enfermagem Responsável

Data 13/04/24

Conductor Socorrista

Data ____/____/____