

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

<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"/>	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SIV - INT	<input type="checkbox"/>

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

EMPRESA *CABESP* Solicitante *Ana* Data *27.11.24*
 Origem: *UDA PERKUBE* x Hosp. Areia Costa & Santos. x

Nome: *SHINGI TANAKA*

Idade 90 Contato:

Sexo

Masculino

Feminino

SUS / CONVENIO *CABESP*.

Nº CARTEIRINHA *23240501054*

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 34878.	km 34980	km 35074	km	km 35076
	Hora Chegada 02:25	Hora Chegada 03:58	Hora Chegada	
	Hora Saída 02:40	Hora Saída 04:09	Hora Saída	
Hora 01:08	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	Hora 04:13

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado Inconsciente

Pupilas Isocôricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnélico Taquicardia Braquicardia Apnéia Cheyne Stokes Biot Kussmaul

Circulatório Pulso normocadiaco Ritimico Arritmico Dicrotico Taquisfmgia Brasisfmgia Filiforme

Abdomem Plano Globoso Protuberante Escavado Flácido Em Avental

Membros Superior	<input type="checkbox"/> Alterados	<input type="checkbox"/> Não Alterados	Membros Inferiores	<input type="checkbox"/> Alterados	<input type="checkbox"/> Não Alterados
------------------	------------------------------------	--	--------------------	------------------------------------	--

Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
02:00	90x80	94	14				177

Abertura ocular

Resposta Verbal

Resposta Motora

- Espontânea 4
 - voz 3
 - A dor 2
 - Nenhuma 1
- Orientada 5
 - Confusa 4
 - Palavras Improórias 3
 - Palavras Incomprêencivas 2
 - Nenhuma 1
- Obdece 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	Perin	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

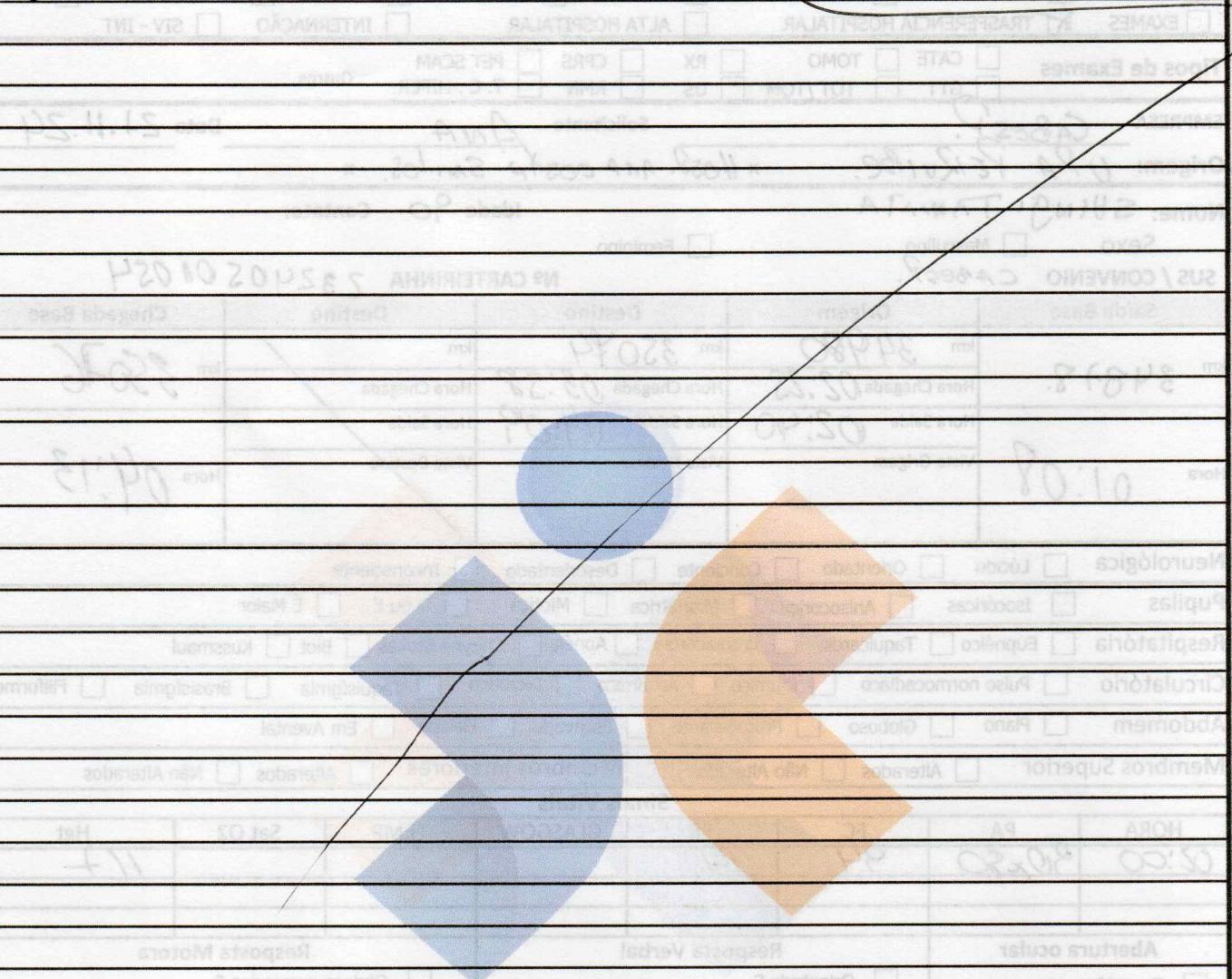
Nome

assinatura

RG/CPF

Observações Médicas / Enfermeiros

Transferência Sem Interrupções



Materiais Utilizados

REAL VIDAS

Pedagios	Qual	Refeição / Lanche	Sim	Não
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 - Pergueno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	

Médico Responsável
Data _____

Enfermagem Responsável
<i>A. ROMY 57404</i>
Data _____

Condutor Socorrista
<i>J. J. J.</i>
Data _____