



REALVIDAS
REMOÇÕES E EMERGÊNCIAS 24H

Ficha de Acompanhamento

OS

<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 checked="" type="checkbox"/> EVENTOS	<input type="checkbox"/> PARTICULAR	<input type="checkbox"/> APH
<input type="checkbox"/> EXAMES	<input type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> T.C. HIPER.	<input type="checkbox"/> INTERNACÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT

Tipos de Exames CATE TOMO RX CPRS
 GTT TQT /TQM US RMN T. C. HIPER. Outros

EMPRESA Roland **Solicitante** Roland **Data** 25.09.22

Origem: EST. MARAVIS P. X **X**

Nome: 55 JC UNIAO moçambique SU B. L7. **Idade** _____ **Contato:** _____

Sexo Masculino

Feminino

SUS / CONVENIO _____

Nº CARTEIRINHA _____

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>128428</u>	km <u>1284182</u>	km	km
<u>128375</u>	Hora Chegada <u>13:00</u>	Hora Chegada <u>18:40</u>	Hora Chegada	
Hora	Hora Saída <u>12:30</u>	Hora Saída	Hora Saída	Hora
	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	
	<u>12.00</u>			

Neurologica Lucido Comunicativo Orientado Conciente Desorientado Inciente Confuso

Pupilas Pupilas Isocôricas Pupilas Anisocôricas 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

Abertura ocular

- Espontânea 4
- voz 3
- A dor 2
- Nenhuma 1

Resposta Verbal

- Orientada 5
- Confusa 4
- Palavras Improprias 3
- Palavras Íncompreensias 2
- Nenhuma 1

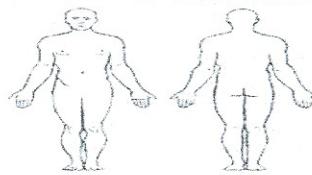
Resposta Motora

- 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	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

Observações Médicas / Enfermeiros

Jessica Lemos dos Santos

HDT: Paciente com dor de molar por MMSI

CD: medicina analgésica

IM: Dipirona 1amp + Desonaveron 1amp

Dr. Gabriele Faro de Oliveira
CRM-SP 212397

PACIENTE MEDICADA EM GLUTEO (1) C (E) C. P. n. 1111
CABIN 316.809

Materiais Utilizados

Dipirona 1amp + Desonaveron 1amp

2 SIRINGA DE 5ml

1 PAR DE LUVA

2 SACHE DE ALCOOL

Oxigenio	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

25/09/22

Enfermagem Responsável

Data

25/09/22

Condutor Socorrista

Data

____/____/____