

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 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"/> PET SCAM | <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"/> CPS | <input type="checkbox"/> PET SCAM | Outros |
| | <input checked="" type="checkbox"/> GTT | <input type="checkbox"/> TQT/TQM | <input type="checkbox"/> US | <input type="checkbox"/> RMN | <input type="checkbox"/> T.C. HIPER. | |

EMPRESA RORID Solicitante gustavo. Data 10.05.23
 Origem: CAMP 50A QUINZENTIE x

Nome: F. FEMONINO Idade _____ Contato: _____

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO Nº CARTEIRINHA

| Saída Base | Origem | Destino | Destino | Chegada Base |
|------------------|---------------------------|---------------------------|---------------|--------------|
| km <u>129848</u> | km <u>129867.</u> | km <u>129887.</u> | km | km |
| Hora | Hora Chegada <u>13:20</u> | Hora Chegada <u>17:30</u> | Hora Chegada | |
| Hora | Hora Saída <u>17:15.</u> | Hora Saída | Hora Saída | Hora |
| | Visto Origem | Vista Destino | Vista Destino | |
| | <u>13:00</u> | | | |

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado Inconsciente

Pupilas Isocôricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior !

Respiratória Eupnéico Taquicardia Braquicardia Apnéia Cheyne Stokes Biot Kussmaul

Circulatório Pulso normocadiaco Ritímico Arritmico Dicrotico Taquisfgmia Brasifgmia 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 |
|------------------|------------------------------------|--|--------------------|------------------------------------|--|

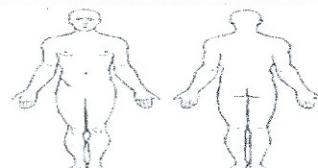
Sinais Vitais

| HORA | PA | FC | FR | GLASGOW | TEMP | Sat O2 | Hgt |
|------|----|----|----|---------|------|--------|-----|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| Abertura ocular | Resposta Verbal | Resposta Motoria |
|---------------------------------------|---|---|
| <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 | 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

S - Intervenções

Materiais Utilizados

ITENS UTILIZADOS

| | | | | |
|----------|--------------|---|----------------------|--|
| 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 _____

Condutor Socorrista

Data _____