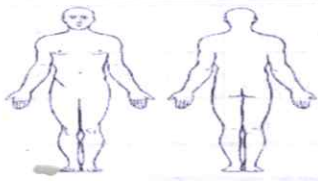


Ficha de Acompanhamento												OS																																																	
<input type="checkbox"/> BÁSICA <input type="checkbox"/> UTI ADULTO <input type="checkbox"/> UTI INFANTIL <input type="checkbox"/> UTI NEO <input type="checkbox"/> UTI ÁREA <input checked="" type="checkbox"/> EVENTOS <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"/> 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"/> T. C. HIPER. Outros _____ <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> TQT /TQM <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> RMN																																																													
EMPRESA <u>Prefeitura de Pindo</u>				Solicitante _____				Data <u>06.04.24</u>																																																					
Origem: <u>Juiz de Fora</u> x x																																																													
Nome: <u>Valei adoptado</u> Idade _____ Contato: _____ Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino																																																													
SUS / CONVENIO				Nº CARTEIRINHA																																																									
Saída Base		Origem		Destino		Destino		Chegada Base																																																					
km		km <u>13396</u>		km <u>133979</u>		km <u>133980</u>		km																																																					
<u>133973</u>		Hora Chegada <u>08:00</u>		Hora Chegada <u>11:20</u>		Hora Chegada <u>11:39</u>		<u>133984</u>																																																					
Hora		Hora Saída <u>11:10</u>		Hora Saída <u>11:26</u>		Hora Saída <u>16:30</u>		Hora																																																					
<u>07:52</u>		Visto Origem		Vista Destino		Vista Destino		<u>16:35</u>																																																					
Neurológica <input type="checkbox"/> Lúcido <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Conciente <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Inconsciente																																																													
Pupilas <input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Midriática <input type="checkbox"/> Miotica <input type="checkbox"/> D ou E <input type="checkbox"/> É Maior																																																													
Respiratória <input type="checkbox"/> Eupnéico <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Braquicardia <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Cheyne Stokes <input type="checkbox"/> Biot <input type="checkbox"/> Kussmaul																																																													
Circulatório <input type="checkbox"/> Pulso normocardiaco <input type="checkbox"/> Rítmico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Dicrotico <input type="checkbox"/> Taquissfmgia <input type="checkbox"/> Bradissfmgia <input type="checkbox"/> Filiforme																																																													
Abdomem <input type="checkbox"/> Plano <input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Protuberante <input type="checkbox"/> Escavado <input type="checkbox"/> Flácido <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Espontânea 4 <input type="checkbox"/> voz 3 <input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1				Resposta Verbal <input type="checkbox"/> Orientada 5 <input type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3 <input type="checkbox"/> Palavras Incomprêncivas 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1				Resposta Motora <input type="checkbox"/> Obdece comandos 6 <input type="checkbox"/> Localiza Dor 5 <input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4 <input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3 <input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma																																																					
TRAUMA	Descrição		Crâ		Face		Col		Tór		Bac		Msd		Mse		Mid		Mie																																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="10" style="text-align: center;">QUEIMADURAS</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Cab</th> <th>Pesc</th> <th>T Ant</th> <th>Tpos</th> <th>Perín</th> <th>Msd</th> <th>Mse</th> <th>Mid</th> <th>Mie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>I</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>II</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>III</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>					QUEIMADURAS											Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie	I										II										III																
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

mario lucio reiro duxio- Pressão 180x80 mmHg, Transferido
para frente de socorro em Pindamonhangaba- sem intercorrência.

Materiais Utilizados

REALVIDAS

Oxigênio	01 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso	Quanto Bar Utilizou	
	02 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso	Quanto Bar Utilizou	
	03 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso	Quanto Bar Utilizou	
	04 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso	Quanto Bar Utilizou	

Médico Responsável

Data

Enfermagem Responsável

Lauany Antunes Gonzaga
Técnica de Enfermagem
CRM-SP 000000

Data

Condutor Socorrista

JOA

Data