



**REALVIDAS**  
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 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"/> RX	<input type="checkbox"/> CPRS	<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

PET CT

EMPRESA H.10 JULHO Solicitante Elika Data 18-10-22

Origem: Pinda x 10 julho x Taubaté

Nome: José Carlos Idade 37. Contato:

Sexo  Masculino Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>129839</u>	km <u>129858</u>	km <u>129874</u>	km
<u>129838</u>	Hora Chegada <u>8:55</u>	Hora Chegada <u>9:45</u>	Hora Chegada <u>18:40</u>	<u>129875</u>
Hora	Hora Saida <u>9:17</u>	Hora Saida <u>11:30</u>	Hora Saida <u>12:40</u>	Hora
<u>8:50</u>	Visto Origem <u>X Nave</u>	Vista Destino <u>X Kily</u>	Vista Destino <u>Nataly</u>	<u>12:50</u>

Neurologica  Lucido  Comunicativo  Orientado  Conciente  Desorientado  Inciente  Confuso

Pupilas  Pupilas Isocóricas  Pupilas Anisocóricas  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

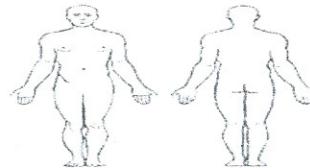
HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

Abertura ocular		Resposta Verbal			Resposta Motora		
<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 Improprias 3				<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4		
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Palavras Incompreensias 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									



## 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

09:37h Saída do Hospital de São Paulo  
cliente EG JS, AUP MSD salinizações  
sanguíneas algodão, a ambulância com  
companhados da esposa; — Mais  
realizou exame de sedação sem  
intercorrências; retorna ao hospital  
Somente 10.

12:40h Deixo cliente no leito o lado do  
respirador e entrejo exame imme-  
diatamente. Naia.

*Maria Ribeiro dos Santos  
Enf. Supervisora  
COREN 36102 SP*

## Materiais Utilizados

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	
<i>Dr. Flávio Albuquerque</i>	
Médico CRM-SP 228125	
Data	18/10/24

Enfermagem Responsável	
Data	18/10/24

Condutor Socorrista	
<i>Abiata</i>	
Data	18/10/24

9:00 12:30.

8:40-12:50

7:00 - chegada