



REALVIDAS
EMOCÕES E EMERGÊNCIAS 24h

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 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	<input type="checkbox"/> PET CT

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

EMPRESA MEG. SAWA Solicitante IGOR Data 18-10-22

Origem: X

Nome: Maria 822 dos Santos Idade 62 Contato: _____
 Sexo Masculino Feminino
 SUS / CONVENIO SUL AMERICA Nº CARTEIRINHA 8888811377840022

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>125.455</u>	km <u>125.458</u>	km <u>125463</u>	km
<u>125.454</u>	Hora Chegada <u>07:00</u>	Hora Chegada <u>07:20</u>	Hora Chegada <u>09:15</u>	
Hora	Hora Saida <u>07:10</u>	Hora Saida <u>08:15</u>	Hora Saida <u>08:25</u>	Hora
<u>06:50</u>	Visto Origem <u>Andreza F.S.Lobo</u> <u>Enfermeira</u> <u>COREN-SP: 363169</u>	Vista Destino <u>Gustavo de O. Casin</u> <u>Fábio</u> <u>Enfermeiro</u> <u>COREN-SP: 710024</u>	Vista Destino <u>Andreza F.S.Lobo</u> <u>Enfermeira</u> <u>COREN-SP: 363169</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

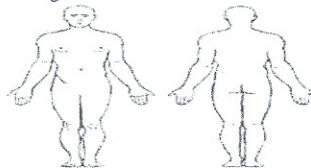
Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
<u>07:00</u>	<u>120x80</u>	<u>80</u>	<u>20</u>	<u>15</u>	<u>35.9</u>	<u>98.1</u>	

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motoria
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4	<input checked="" 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										
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 Linckson dos Santos
 RG/CPF 331283199

assinatura Linckson dos Santos

Observações Médicas / Enfermeiros

07:00 Transfereis cliente Maria Patrícia Santos, paciente Hospital do Sul de Aracaju, com sintomas de dor, consciente orientada, alerta, respiração em RA, mantendo AVE bem feitos não (F) salivando. Segue os cuidados da enfermagem p/ realização de ressonância (colangiografia). Retornou p/ Hospital do Sul 00, após procedimento colangiografia consciente, orientada, alerta, respiração em RA, garantindo os três fios livres e motora + guile antecâmara.

OBS - Clínica Blaauw

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
Data _____

Enfermagem Responsável
<i>Elaine</i>
Data 18/10/22

Condutor Socorrista
<i>JC</i>
Data _____