

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"/> TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> CPRS	<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	Outros	PET CT
	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT/TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T.C. HIPER.	

 EMPRESA VACEL Solicitante _____ Data 11/10/22

 Origem: S.C. Lorena x SJC. x

Nome: _____ Idade _____ Contato: _____

 Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO

Saída Base		Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	<u>129 616</u>	<u>129 718</u>	km	km
<u>129 565</u>	Hora Chegada	<u>15:15</u>	Hora Chegada	<u>16:42</u>	Hora Chegada <u>17:00</u>
Hora	Hora Saida	<u>15:48</u>	Hora Saida	<u>17:05</u>	Hora Saida <u>129775</u>
	Visto Origem	<u>19:30</u>	Vista Destino	<u>18:00</u>	
		<i>Amanda</i> <i>Rebeca</i> <i>70539</i>	<i>Fabiana Sales Barbosa</i> <i>Exameira</i> <i>COREN SP 325628</i>		

 Neurologica Lucido Comunicativo Orientado Conciente Desorientado Inciente Confuso

 Pupilas Pupilas Isocóricas Pupilas Anisocóricas Foto Reagente Foto Não Reagente b 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

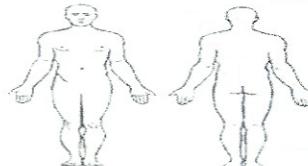
Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
<u>15:20</u>	<u>110x60mmhg</u>	<u>85 bpm</u>	<u>20 rpm</u>	<u>15</u>	<u>36.9 °C</u>	<u>94%</u>	

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4 <input type="checkbox"/> voz 3 <input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5 <input type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Palavras Improprias 3 <input type="checkbox"/> Palavras Incompreencias 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input checked="" 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
	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

15:20 RECESSO ELÉCTRICO ANA INFECTADA JESUS. Professora SANTA CLARA MIGUEL CORTEZ (LORENA) | HISTÓRICO DE FAMÍLIA (F) EM CONSULTA UTI, LUCÍA, ASTRID, CLEONICE EN S.A. DESMONTANDO PRAIA
CONSELHO MEXICO, UNIF. TEC. ENF., MOTORISTA ANGELA RODRIGO MANTÉNDUO ANP EM DORSO DA MÃE (F)
SALVAMENTO, NÃO DE FRAZER LUMINOSA. SUD SISTEMA SECHADO CI LOCOH DE ALUNAS E COR AMARELA CLARO FORA SINTOMATICA, TRACAS ENTALCOS EM MTE. SEQUE DOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM, NEGA FEVEREIRA MEDICAMENTOSA E/OU ALIMENTAR.
NEGA SINTOMAS RESPIRATÓRIOS. VACCINADO 4 DOSES COVID-19, INFLUENZA VACCINADA. REVERE HAJ, DIL.

Claudemir da Silva
Téc. de Enfermagem
COREN-SP 460.605

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

Enfermeiro Responsável
Téc. de Enfermagem
COREN-SP 460.605

Data

Condutor Socorrista

Data