

**REALVIDAS**
REMOÇÕES E EMERGÊNCIAS 24h

Ficha de Acompanhamento

OS

☒ BÁSICA ☐ UTI ADULTO ☐ UTI INFANTIL ☐ UTI NEO ☐ UTI ÁREA ☐ EVENTOS ☐ PARTICULAR ☐ APH
☐ EXAMES ☐ TRASFERÊNCIA HOSPITALAR ☐ ALTA HOSPITALAR ☐ INTERNAÇÃO ☐ SIV - INT

Tipos de Exames ☐ CATE ☐ TOMO ☐ RX ☐ CPRS ☐ GTT ☐ TQT /TQM ☐ US ☐ RMN ☐ T. C. HIPER. Outros

EMPRESA Particular Solicitante _____ Data 19.09.22

Origem: SC. Pinda X H.R.V.P. X

Nome: SUELI DOMIZZI GOMES Idade 59 Contato: (12)

Sexo ☐ Masculino ☒ Feminino ANULADO
SUS / CONVENIO SUS Nº CARTEIRINHA _____

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
<u>124360</u>	<u>124.372</u>	<u>124393</u>		
Hora	Hora Chegada	Hora Chegada	Hora Chegada	
	<u>18:50</u>	<u>19:40</u>		
	Hora Saida	Hora Saida	Hora Saida	Hora
	<u>18:30</u>	<u>20:18</u>		
	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	
<u>18:35</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

- ☒ Espontânea 4
☐ voz 3
☐ A dor 2
☐ Nenhuma 1

Resposta Verbal

- ☒ Orientada 5
☐ Confusa 4
☐ Palavras Impróprias 3
☐ Palavras Incompreensões 2
☐ Nenhuma 1

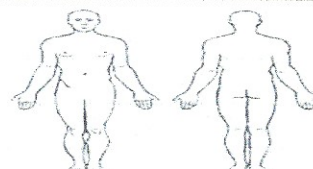
Resposta Motora

- ☒ Obedece comandos 6
☐ Localiza Dor 5
☐ Movimentos de retardia 4
☐ Flexão Anormal 3
☐ Extensão Anormal 2
☐ 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

19:50 RECEBO CLIENTE em casa, procedente P.S. MUNICIPAL RINDEMBRA, consistente orientada, ATUAL FURBICA em P.A. MANEJO CURATIVO em FASE (E) PESCO LATERAL (E), MAMA (E) PRESENÇA SUGIROS SANGUE; DRENOS PORIO VACUO + PRESENÇA DE SANGUE. ALERGIA A⁴ SULFA, BENZETACIL, DIFENIDOL, AMOXICILINA. REFERE NAS SINTOMAS CIRCUNSTÂNCIAS ATIVADA EM 14-09-22. SAT. O₂ DE 20-22% em 50 mg 1x dia. VACINADA INFLUENZA E 4 DOSE COVID-19. SEQUE AOS CUIDADOS DA ENFERMEIRA, TRANSFERINDO P/ HOSPITAL REGIONAL E EQUIPE ENFERMEIRAS + MOTORISTA CARLOS CLAUDENIR LONEN 460605. SAÍDO CHEGADA SETOR HOSPITAL REGIONAL TAUBATÉ

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

Data

Condutor Socorrista

Data