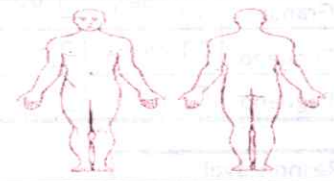


Ficha de Acompanhamento										OS																																								
										VTR 318																																								
<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA <input type="checkbox"/> UTI ADULTO <input type="checkbox"/> UTI INFANTIL <input type="checkbox"/> UTI NEO <input type="checkbox"/> 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>Preferência de R. n. de</u>			Solicitante <u>Andreia</u>			Data <u>08/06/09</u>																																												
Origem: <u>JOÃO DO PULO (Bosquete)</u> x																																																		
Nome: <u>Bosquete Fem / Mercu.</u> Idade: _____ Contato: _____ Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino																																																		
SUS / CONVENIO					Nº CARTEIRINHA																																													
Saída Base		Origem		Destino		Destino		Chegada Base																																										
km		km		km		km		km																																										
<u>15.3816</u>		<u>153820</u>						<u>153823</u>																																										
Hora		Hora Saída		Hora Saída		Hora Saída		Hora																																										
		<u>21:50</u>																																																
<u>17:50</u>		Visto Origem <u>Paulinho</u>		Vista Destino		Vista Destino		<u>22:05</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 normocadiaco <input type="checkbox"/> Ritimico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Dicrotico <input type="checkbox"/> Taquisfmgia <input type="checkbox"/> Brasisfmgia <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																																								
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 Incompreêncivas 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1				Resposta Motora <input type="checkbox"/> Obedece 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																																																		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> QUEIMADURAS <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <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> </div> <div>  </div> </div>												Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie	I										II										III									
	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

Atleta: Ismael Ventura de Amaral Neto
 Realizado atendimento em futebol, atleta no
 fôlego com distensão no tórax. Realizado um
 banho em m I (E) e atadura 50 mais
 Rampido de Balse de Trauma n: 0150882

Jéssica de Moura Viana
 Enfermeira
 COREN-SP 669.65.7

Paula Figueiredo 1069933501

Materiais Utilizados

1. Atadura 60cm
doce: 0150882
Reposto doce: 0150850

Jéssica de Moura Viana
 Enfermeira
 COREN-SP 669.65.7

Oxigênio	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 Jéssica de Moura Viana Enfermeira COREN-SP 669.65.7 Data: <u>08/06/24</u>	Condutor Socorrista Rafael Data: <u>08/06/24</u>
---	---	---