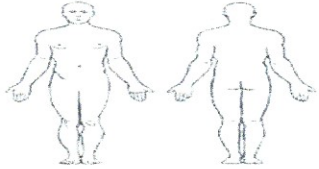


Ficha de Acompanhamento												OS																																									
<input type="checkbox"/> BÁSICA <input checked="" type="checkbox"/> UTI ADULTO <input type="checkbox"/> UTI INFANTIL <input type="checkbox"/> UTI NEO <input type="checkbox"/> UTI ÁREA <input type="checkbox"/> EVENTOS <input type="checkbox"/> PARTICULAR <input type="checkbox"/> APH <input type="checkbox"/> EXAMES <input checked="" type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR <input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> SIV - INT																																																					
<b>Tipos de Exames</b> <input type="checkbox"/> CATE <input type="checkbox"/> TOMO <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> CPRS <input type="checkbox"/> PET SCAM <input type="checkbox"/> GGT <input type="checkbox"/> TOT/TQM <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> RMN <input type="checkbox"/> T. C. HIPER.    Outros																																																					
EMPRESA <u>UNIMED CACAPAVA</u>				Solicitante _____				Data <u>07.08.23</u>																																													
Origem: <u>CACAPAVA UNIMED</u> x <u>17.10.2016</u> x _____																																																					
Nome: <u>Benedito AP. dos Santos Filho</u> Idade _____ Contato: _____																																																					
Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino																																																					
SUS / CONVENIO _____ Nº CARTEIRINHA _____																																																					
Saída Base		Origem		Destino		Destino		Chegada Base																																													
km		km <u>28968</u>		km <u>29005</u>		km <u>29036</u>		km																																													
<u>28931</u>		Hora Chegada <u>21:15</u>		Hora Chegada <u>22:11</u>		Hora Chegada <u>23:00</u>																																															
Hora		Hora Saída <u>21:40</u>		Hora Saída <u>22:16</u>		Hora Saída		Hora																																													
<u>2036</u>		Visto Origem <u>mauna</u>		Vista Destino <u>COREN 332521</u>		Vista Destino																																															
Neurológica <input checked="" type="checkbox"/> Lúcido <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Conciente <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Inconsciente																																																					
Pupilas <input checked="" type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Midrítricas <input type="checkbox"/> Mioticas <input type="checkbox"/> D ou E <input type="checkbox"/> É Maior !																																																					
Respiratória <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Pulso normocardiaco <input type="checkbox"/> Ritímico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Dicrotico <input type="checkbox"/> Taquisfmgia <input type="checkbox"/> Brasisfmgia <input type="checkbox"/> Filiforme																																																					
Abdomem <input checked="" 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																																															
<b>Sinais Vitais</b>																																																					
HORA		PA		FC		FR		GLASGOW		TEMP		Sat O2		Hgt																																							
		<u>176x100</u>		<u>86</u>		<u>18</u>		<u>15</u>		<u>36.5</u>		<u>93</u>																																									
<b>Abertura ocular</b> <input type="checkbox"/> Espontânea 4 <input type="checkbox"/> voz 3 <input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1				<b>Resposta Verbal</b> <input type="checkbox"/> Orientada 5 <input type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3 <input type="checkbox"/> Palavras Incomprêncivas 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1				<b>Resposta Motora</b> <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																																													
<b>TRAUMA</b>		Descrição		Crâ		Face		Col		Tór		Bac		Msd		Mse		Mid		Mie																																	
		Escoriação																																																			
		Cont																																																			
		Ferim																																																			
		Luxa																																																			
		Frat																																																			
		Lace																																																			
Secç																																																					
		<b>QUEIMADURAS</b> <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>											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																																																					
<b>Consentimento para transporte de Pacientes</b> 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

sem intercorrências

## Materiais Utilizados

Oxigênio	01 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input checked="" type="checkbox"/> Em uso 0,20	Quantos Bar Utilizou	no bar / usou 20
	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

*[Assinatura]*

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Enfermagem Responsável

*[Assinatura]*

Data 07/08/23

Condutor Socorrista

*[Assinatura]*

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_