

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 PET SCAM
 GTT TQT / TQM US RMN T. C. HIPER. Outros

EMPRESA *Saude D.*Solicitante *Kelly*Data *25/07/23*Origem: *H. 10 de julho* XNome: *Eleva Cup. Lopes*

Idade _____

Contato: _____

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <i>131039</i>	km <i>131043</i>	km <i>131049</i>	km
<i>131037</i>	Hora Chegada <i>13:58</i>	Hora Chegada <i>14:31</i>	Hora Chegada <i>15:00</i>	
Hora	Hora Saida <i>13:18</i>	Hora Saida <i>14:45</i>	Hora Saida	Hora
<i>13:50</i>	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado InconscientePupilas Isocôricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior !Respiratória Eupnélico Taquicardia Braquicardia Apnéia Cheyne Stokes Biot KussmaulCirculatório Pulso normocadiaco Ritimico Arritmico Dicrotico Taquisfmgia Brasisfmgia FiliformeAbdomem Plano Globoso Protuberante Escavado Flácido Em AventalMembros Superior Alterados Não Alterados Membros Inferiores 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 Improórias 3
 Palavras Incomprêencivas 2
 Nenhuma 1

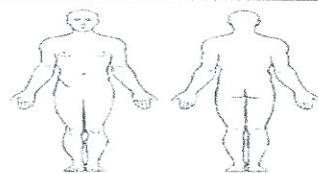
Resposta Motoria

- Obdece 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 pela equipe da ambulância 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 *Fausto Leandro Lopes*

assinatura

RG/CPF *2.17.101.518.70*

Observações Médicas / Enfermeiros

Rua das Flores, 1000, Centro, São Paulo - SP
CEP: 01000-000 | Fone: (11) 5555-1234 | Email: info@medicina.com.br

Técnica de Carvalho
COREN-SP 800729

Materiais Utilizados

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

Técnica de Carvalho

COREN-SP 800729

Data 25/07/23

Condutor Socorrista

Data _____/_____/_____