

Ficha de Acompanhamento

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

EMPRESA HosP. CACAPAVA Unimed. Solicitante Det. Roberta Data 12/08

Origem: Turme Caipava x H. Sporri x

Nome: Benedito Geraldo da Costa Idade 78 Contato:

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO Unimed. CACAPAVA

Nº CARTEIRINHA 0404800001202600.

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km 139153	km 139265	km 139412	km
139131	Hora Chegada 03:37	Hora Chegada 5:40	Hora Chegada 8:40	
Hora	Hora Saída 04:20	Hora Saída 06:00	Hora Saída	Hora
	Visto Origem 03:02	Vista Destino 01/06/2013 546163	Vista Destino	

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado Inconsciente

Pupilas Isocôricas Anisocôrica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnêico Taquicardia Bradiacardia Apnéia Cheyne Stokes Biot Kussmaul

Circulatório Pulso normocadiaco Ritítmico Arritmico Dicrotico Taquifgmia Brasisfgmia Filiforme

Abdomem Plano Globoso Protuberante Escavado Flácido Em Avental

Membros Superior Alterados Não Alterados Membros Inferiores Alterados Não Alterados

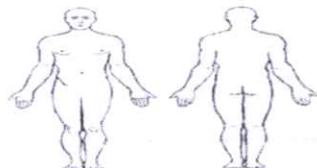
Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
	158x90	78	15	15	36.6		

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

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

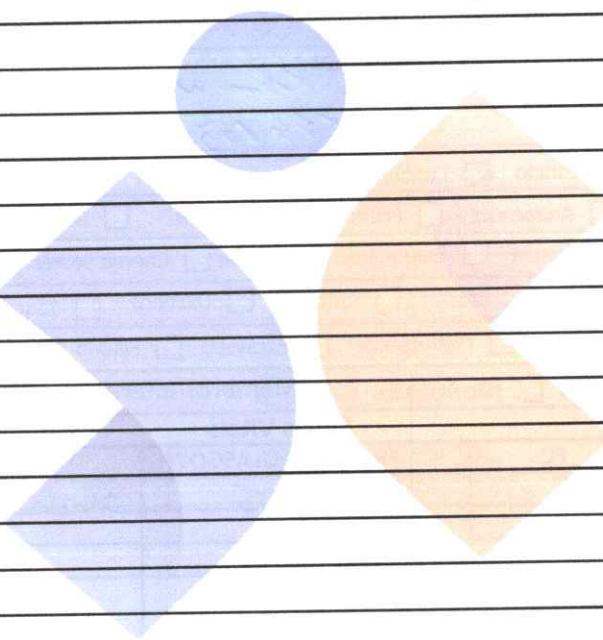
Declaro que fui orientado pela equipe da ambulância e médicos verbalmente sobre o quadro clínico do paciente. Estou ciente e orientado do quadro clínico do paciente para transporte e dos riscos envolvidos no transporte, podendo o paciente apresentar quadro clínico de instabilidade durante o percurso. 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	assinatura
RG/CPF	

Observações Médicas / Enfermeiros

Realizado transporte do paciente de cecapava para Hospital em São Paulo, paciente calmo comunicativo, respirou em AB mantendo BVO em decorrência da má E) sanitizada aos transportes para internação

drif.



Materiais Utilizados

REAL VIDAS

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

Leticia

Data 12/08/23

Condutor Socorrista

Titto & Jo.

Data ____ / ____ / ____