

Ficha de Acompanhamento

OS

<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 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"/> CPRS	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT		

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

EMPRESA *Poletti & R.* **Solicitante** *H.R.V.P.* **Data** *19/08/22*

Origem: *SC. PINHA* **X** *H.R.V.P.* **X**

Nome: *Sueli Sonizevi Geraldo* **Idade** *59* **Contato** *(12)*

Sexo Masculino

Feminino

SUS / CONVENIO

SUS

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <i>124.372</i>	km <i>124.393</i>	km	km
<i>124.360</i>	Hora Chegada <i>18:50</i>	Hora Chegada <i>19:40</i>	Hora Chegada	
Hora	Hora Saída <i>18:30</i>	Hora Saída <i>20:18</i>	Hora Saída	Hora
	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	
	<i>18:35,</i>			

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 Bradicardia Positiva Negativa

Circulatório Pulso Sem Pulso Pulso Forte Filiforme

Abdomem Plano Globoso Rígido Flácido

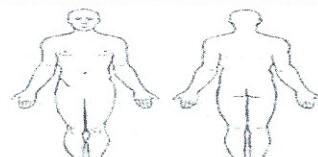
Membros Superior Alterados Não Alterados **Membros Superior** Alterados Não Alterados

Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4	<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5	<input checked="" type="checkbox"/> Obdece comandos 6
<input type="checkbox"/> voz 3	<input type="checkbox"/> Confusa 4	<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5
<input type="checkbox"/> A dor 2	<input type="checkbox"/> Palavras Improprias 3	<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Palavras Incompreensias 2	<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3
	<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<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									

	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

L9:50 RECEBIDO CLIENTE EM SOCORRO, PROCEDENTE P.S. MUNICIPAL SINDICATO, CONSEGUEU ORIGEM DA Q.F. E FERIMENTO EM ST.A. MANICA DO LADO DIREITO EM FAIXA(E) PEGO SOLO LATERAL(+) , HAMAT(+) PRESENTE SUGESTAO DE SANGUE; DENTRO DO COPO VACUO + PRESENTE DE SANGUE. AVENTADA A 45MMHg, SANGUE CIL. DE SANGUE, ANOXICABILIDADE. REFERE HABER SINTOMAS DE FEBRE, DENTRE OUTROS, NO DIA 14-09-22. FATORES DE RISCOS: TABAGISMO 50 mg IX SIA. VACINADA INFLUENZA E COVID-19. SEQUELOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM, TRANSFERIDA P/ HOSPITAL REGIONAL DE FEIJÓEIRO ENFERMEIROS + MOTORISTA CARLOS.
CLAUDENIR CORDEIRO 460606 AG
PAULO CHEGOU AO SETOR HOSPITAL REGIONAL FEIJÓEIRO

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 - Pegueno	<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