

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 checked="" type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR | | | <input type="checkbox"/> INTERNACÃO | <input type="checkbox"/> SIV - INT | |

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

Outros

PET CT

EMPRESA CASA SAÚDE Solicitante _____ Data 20.10.22

Origem: HOSP. 20 JULHO x P. PINHA x

Nome: FLAVIA ELISA CASSIANO DASILVA Idade _____ Contato: _____

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>125465</u>	km <u>125474</u>	km	km
<u>125465</u>	Hora Chegada <u>15:00</u>	Hora Chegada <u>15:30</u>	Hora Chegada	
Hora	Hora Saida <u>15:10</u>	Hora Saida <u>15:55</u>	Hora Saida	Hora
	Visto Origem <i>Gislene da Silva Souza CUREN-SP 1664075 Técnico de Enfermagem</i>	Vista Destino	Vista Destino	
	<u>14:50.</u>			

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 Braquicardia Positiva Negativa

Circulatório Pulso Sem Pulso Pulso Forte Filiforme

Abdomem Plano Globoso Rígido Flácido

Membros Superior Alterados Não Alterados Membros Superior Alterados Não Alterados

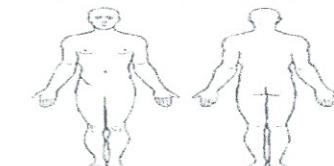
Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
	<u>120x80</u>	<u>78</u>	<u>20</u>	<u>15</u>	<u>35,8</u>	<u>99%</u>	

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motoria
<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	
I									
II									
III									

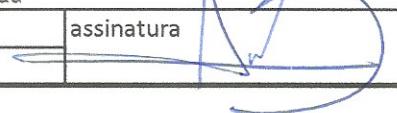


Consentimento para transporte de Pacientes

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 ALBERGHI MUNIZ SOARES assinatura 

RG/CPF 26.533.143-2

Observações Médicas / Enfermeiros

TRANSPORTES CLIENTE FLÁVIA ELISABETTE
NO SEGUINTE HOSPITAL 10 JULHO em
AMBULÂNCIA SIMPLIS EM POCO. CONSCIENTE
DIXITADA, ESTABILIZADA E VENÍCIA EM A.A. MANTASO
SNG FERIMENTOS PLATIFORMA, CUSTÍVO
CLINICO PODE SER REGRIDA TOME (1) LÍQUIDO E SODA.
SEGUE OS CUIDADOS DA ENFERMEIRAS,
PROTEGENDO EQUIPE ENFERMEIRAS + MOTORISTA
PI SUA DESENHISTRA

Claudemir da Silva
Téc. de Enfermagem
COREN-SP 460.605

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
Claudemir da Silva
Téc. de Enfermagem
COREN-SP 460.605

Data 20/10/22

Condutor Socorrista

[Assinatura]

Data 28/10/22