

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

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

EMPRESA Rolsys      Solicitante Rolsys      Data 08.10.22.

Origem: X      Contato:

Nome: R.F. FEM. SUB 17 SEM S. EXP. Idade:

Sexo  Masculino  Feminino

SUS / CONVENIO

Saída Base		Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km		km <u>129506</u>	km <u>129541</u>	km	km
<u>129471</u>		Hora Chegada <u>18:00</u>	Hora Chegada <u>18:30</u>	Hora Chegada	
Hora		Hora Saida <u>18:00</u>	Hora Saida	Hora Saida	Hora
<u>12:20</u>		Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	

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

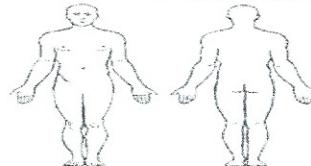
## Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
<u>16:30</u>	<u>100x60</u>	<u>82</u>	<u>20</u>	<u>15</u>	<u>36.7</u>	<u>98%</u>	

Abertura ocular		Resposta Verbal				Resposta Motoria			
<input type="checkbox"/> Espontânea 4	<input type="checkbox"/> Orientada 5					<input 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	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

16:30 TRANSFÉRIOS CLÍNICO LETICIA ARANHA,  
PROCEDEU GUARATIBA: INQUÉTIA, COM DORSALAS DE  
DOE EM HED ALÉS LANÇADA. PI VPA E H  
DU BEM TÔNICA SÍNTESE ALCOHOLANHAS FOR  
NO DÍASTA + ENFERMAGENS, CONDIÇÕES ADEQUADAS  
SEGUE OS CUIDADOS DE ENFERMAGENS E FSC  
INSTRUÇÕES

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 08/10/22

Condutor Socorrista

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