



REALVIDAS
REMOÇÕES E EMERGÊNCIAS 24h

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

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

EMPRESA Roland **Solicitante** Roland **Data** 15.08.22.

Origem: EST. MARTINS FENEIRIX X

Nome: IUT. FEM. SJCX **Idade** _____ **Contato:** _____

Sexo Masculino

Feminino

SUS / CONVENIO _____

Nº CARTEIRINHA _____

| Saída Base | Origem | Destino | Destino | Chegada Base |
|---------------|---------------------------|---------------------------|---------------|--------------|
| km | km <u>128233</u> | km <u>128288</u> | km | km |
| <u>128181</u> | Hora Chegada <u>15:00</u> | Hora Chegada <u>20:02</u> | Hora Chegada | |
| Hora | Hora Saida <u>19:15</u> | Hora Saida | Hora Saida | Hora |
| | Visto Origem | Vista Destino | Vista Destino | |
| | <u>14:00</u> | | | |

Neurologica Lucido Comunicativo Orientado Conciente Desorientado Inciente Confuso

Pupilas Pupilas Isocôricas Pupilas Anisicôricas Foto Reagente Foto Não Reagente D ou E É Maior

Respiratória Taquicardia Braquicardia Positiva Negativa

Circulatório Pulso Sem Pulso Pulso Forte Filiforme

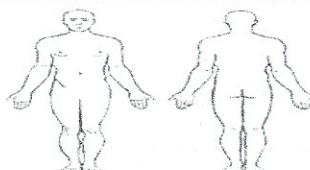
Abdomem Plano Globoso Rígido Flácido

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

Sinais Vitais

| HORA | PA | FC | FR | GLASGOW | TEMP | Sat O2 | Hgt | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|--|--------------------------------|---|----------------------------------|---|------------------------------------|---|---|----------------------------------|
| | | | | | | | | | | |
| Abertura ocular | | Resposta Verbal | | | Resposta Motora | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Espontânea 4 | <input type="checkbox"/> Orientada 5 | <input type="checkbox"/> Obdece comandos 6 | <input type="checkbox"/> voz 3 | <input type="checkbox"/> Localiza Dor 5 | <input type="checkbox"/> A dor 2 | <input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4 | <input type="checkbox"/> Nenhuma 1 | <input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3 | <input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2 | <input type="checkbox"/> Nenhuma |
| <input type="checkbox"/> Nenhuma 1 | <input type="checkbox"/> Nenhuma 1 | | | | | | | | | |

| TRAUMA | Descrição | Crâ | Face | Col | Tór | Bac | Msd | Mse | Mid | Mie |
|--------|------------|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | Escoriação | | | | | | | | | |
| Cont | | | | | | | | | | |
| Ferim | | | | | | | | | | |
| Luxa | | | | | | | | | | |
| Frat | | | | | | | | | | |
| Lace | | | | | | | | | | |
| Secç | | | | | | | | | | |



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

EVENTO SEM AVISOS ANTES

Érika dos Santos Fonseca
COREN - SP 691032
Enfermeira

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 ____ / ____ / ____

Enfermeiro Responsável

Gleidson M. P. S. M.

Enfermeiro

COREN SP 346.809

Data 15/09/22

Condutor Socorrista

Data ____ / ____ / ____