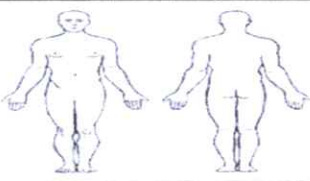


Ficha de Acompanhamento															OS						
<input type="checkbox"/> BÁSICA <input checked="" type="checkbox"/> UTI ADULTO <input type="checkbox"/> UTI INFANTIL <input type="checkbox"/> UTI NEO <input type="checkbox"/> UTI ÁREA <input checked="" type="checkbox"/> EVENTOS <input type="checkbox"/> PARTICULAR <input type="checkbox"/> APH <input type="checkbox"/> EXAMES <input type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR <input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> SIV - INT																					
Tipos de Exames <input type="checkbox"/> CATE <input type="checkbox"/> TOMO <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> CPRS <input type="checkbox"/> PET SCAM <input type="checkbox"/> T. C. HIPER. <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> TQT/TQM <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> RMN																					
EMPRESA <u>P. D. INAD</u>					Solicitante <u>ANDRÉIA</u>					Data <u>18.08.24</u>											
Origem: <u>Evento</u> x																					
Nome: <u>SUBJONTE</u> Idade: Contato:																					
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino																					
SUS / CONVENIO Nº CARTEIRINHA																					
Saída Base		Origem		Destino		Destino		Chegada Base													
km		km <u>29/28</u>		km		km		km													
<u>29/26</u>		Hora Chegada <u>07:37</u>		Hora Chegada		Hora Chegada															
Hora		Hora Saída		Hora Saída		Hora Saída		Hora													
<u>07:30</u>		Visto Origem <u>19:00</u>		Vista Destino		Vista Destino															
Neurológica <input type="checkbox"/> Lúcido <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Conciente <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Inconsciente																					
Pupilas <input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Midríatica <input type="checkbox"/> Miotica <input type="checkbox"/> D ou E <input type="checkbox"/> É Maior																					
Respiratória <input type="checkbox"/> Eupnéico <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Braquicardia <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Cheyne Stokes <input type="checkbox"/> Biot <input type="checkbox"/> Kussmaul																					
Circulatório <input type="checkbox"/> Pulso normocardiaco <input type="checkbox"/> Rítmico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Dicrotico <input type="checkbox"/> Taquissfimia <input type="checkbox"/> Brasisfimia <input type="checkbox"/> Filiforme																					
Abdomem <input type="checkbox"/> Plano <input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Protuberante <input type="checkbox"/> Escavado <input type="checkbox"/> Flácido <input type="checkbox"/> Em Avental																					
Membros Superior <input type="checkbox"/> Alterados <input type="checkbox"/> Não Alterados Membros Inferiores <input type="checkbox"/> Alterados <input type="checkbox"/> Não Alterados																					
Sinais Vitais																					
HORA		PA		FC		FR		GLASGOW		TEMP		Sat O2		Hgt							
Abertura ocular <input type="checkbox"/> Espontânea 4 <input type="checkbox"/> voz 3 <input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1				Resposta Verbal <input type="checkbox"/> Orientada 5 <input type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3 <input type="checkbox"/> Palavras Incompreensivas 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1				Resposta Motora <input type="checkbox"/> Obedece 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 type="checkbox"/> Nenhuma													
TRAUMA		Descrição		Crã		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 ambulancia 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

Realizamos a cobertura dos fôcos (focos) na quadra da feneriaria, Realizamos atendimentos em dois atells que examinamos para o Posto Secos na Pindamonhangaba os primeiros Secos iniciam em quadra 2 RPC ————— chf,

Materiais Utilizados

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

Blanca.

Data ____/____/____

Enfermagem Responsável

Luciana

Data 18/08/23

Marta

Conductor Socorrista

Alexandro

Data ____/____/____