

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 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"/> INTERNACÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT		

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

EMPRESA VALE DENO COES Solicitante Data 17-10-22

Origem: PIN 21 X Ginásio S. P. Nogueira X Pindamonhangaba

Nome: Wanderley Ferreira Pinto Idade 24 Contato: (12) 997266802

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO

Sus

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>124359</u>	km <u>124369</u>	km	km
<u>124356</u>	Hora Chegada <u>8:30</u>	Hora Chegada <u>15:10</u>	Hora Chegada	
Hora	Hora Saída <u>15:00</u>	Hora Saída	Hora Saída	Hora
	Visto Origem Paulo Sergio Estrela Azevedo Técnico de Enfermagem COREN-SP 1524583	Vista Destino	Vista Destino	
<u>7:50</u>				

Neurologica Lucido Comunicativo Orientado Conciente Desorientado Inciente Confuso

Pupilas Pupilas Isocôricas Pupilas Anisocôricas 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

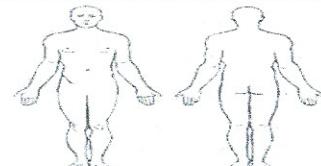
Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
	<u>100x50</u>	<u>83</u>	<u>20</u>	<u>15</u>		<u>99%</u>	

Abertura ocular	Resposta Verbal					Resposta Motora				
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4 <input type="checkbox"/> voz 3 <input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5 <input type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Palavras Improprias 3 <input type="checkbox"/> Palavras Íncompreensões 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1					<input checked="" type="checkbox"/> Obdece 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	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 _____ RG/CPF _____

assinatura _____

Observações Médicas / Enfermeiros

12:40 Refere tosse, náusea, diarreia.

DOR DE CABEÇA intensa no esterno apresentava-se extremidades frias, cianótico. Arterios SSSVU
Lao x Ss HipoTENSÃO. NEGR ALARME
SATO LOGIQUA. Segue em OBS

12:50. Reclamação em suspeita de NA
máx e Enxaquecimento. F1 O PSMunicípio
transf para UHE C SEM E-Intensificação e Monitoramento
segue em OBS

14:35 SUTA c/RETORNO F1 ZONA DO FUB. RCPA -
WHRS FERIA ENTREAGULHO E NO TONICO

Claudemir da Silva
Téc. de Enfermagem
COREN-SP 460.604

Claudemir da Silva
Téc. de Enfermagem
COREN-SP 460.605

CPF -> 46157571842

RG -> 66 929 737-8

Moken Paiva

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