

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 checked="" type="checkbox"/> EXAMES	<input type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT	

Tipos de Exames CATE TOMO RX ALTA HOSPITALAR PET SCAM T.C. HIPER. Outros **TCCREDÍVIO**

EMPRESA **UNIMED CACAPAUZ** Solicitante **FAT. REC. 05** Data **14.07.23**
Origem: **UNIMED. CACAPAUZ x CLÍNICA VIDA** x **UNIMED CACAPAUZ.**

Nome: **DALILA FÉREIRA KAIKIN CHABAN** Idade **36**, Contato:

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km 130916	km 130919	km 130922	km
130880	Hora Chegada 01:08	Hora Chegada 01:35	Hora Chegada 2:00	130958
Hora	Hora Saída 01:27	Hora Saída 01:46	Hora Saída 2:10	Hora
	Visto Origem Andréia Fábio B. Silveira Andréia Fábio B. Silveira Andréia Fábio B. Silveira	Vista Destino Luis Henrique	Vista Destino Luis Henrique	02:40
0048				

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado Inconsciente

Pupilas Isocôricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior !

Respiratória Eupnélico Taquicardia Braquicardia Apnéia Cheyne Stokes Biot Kussmaul

Circulatório Pulso normocadiaco Ritímico Arritmico Dicrotico Taquisfmgia Brasisfmgia Filiforme

Abdomem Plano Globoso Protuberante Escavado Flácido Em Avental

Membros Superior Alterados Não Alterados Membros Inferiores Alterados Não Alterados

Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
11:08:00	75	21	15	98			

Abertura ocular

- Espontânea 4
- voz 3
- A dor 2
- Nenhuma 1

Resposta Verbal

- Orientada 5
- Confusa 4
- Palavras Improórias 3
- Palavras Incomprêencivas 2
- Nenhuma 1

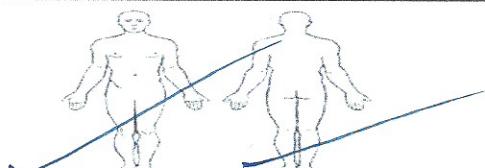
Resposta Motoria

- Obdece comandos 6
- Localiza Dor 5
- Movimentos de retardia 4
- Flexão Anormal 3
- Extensão Anormal 2
- 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	Mie
I									
II									
III									



Consentimento para transporte de Pacientes

Declaro que fui orientado pela equipe da ambulância 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

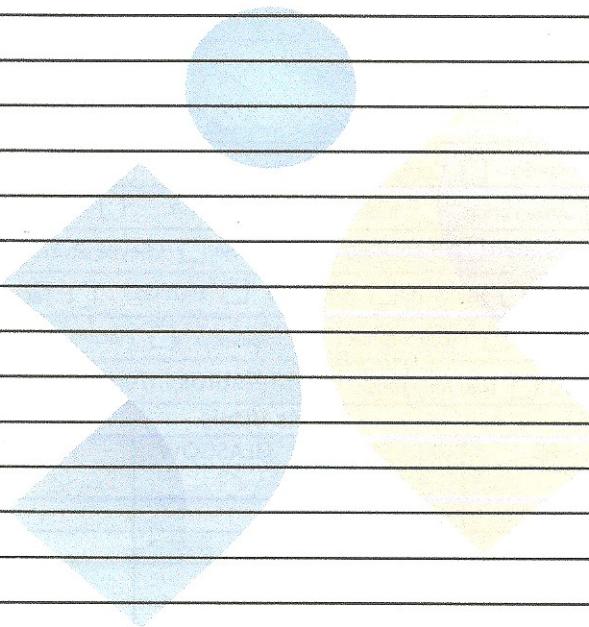
assinatura

RG/CPF

[Assinatura]

Observações Médicas / Enfermeiros

Realizamos transporte da unidade de cecapara para realizar TC e retornamos a unidade paciente com alta comunitária Transporte realizado em ambulância - Alvaro:



Materiais Utilizados

Oxigênio	01 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	02 - Grande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quantos Bar Utilizou
	03 - Pequeno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quantos Bar Utilizou
	04 - Pegueno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quantos Bar Utilizou

Médico Responsável
Data _____

Enfermagem Responsável
Data 24/07/23

Conductor Socorrista
Data _____