

Ficha de Acompanhamento

BÁSICA UTI ADULTO UTI INFANTIL UTI NEO UTI ÁREA EVENTOS PARTICULAR APH
 EXAMES TRASFERÊNCIA HOSPITALAR ALTA HOSPITALAR INTERNAÇÃO SIV - INT

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

EMPRESA P. SOLVEDAS **Solicitante** _____ **Data** 10.04.23

Origem: H. SILVEIRAS. x S.C. LORONA. x

Nome: ALINE AP. SILVA MOREIRA **Idade** 17 **Contato:** _____

Sexo Masculino

Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>23360</u>	km <u>23398</u>	km <u>23451</u>	km
<u>23272</u>	Hora Chegada <u>16:32</u>	Hora Chegada <u>17:15</u>	Hora Chegada <u>18:15</u>	
Hora	Hora Saída <u>16:42</u>	Hora Saída <u>17:35</u>	Hora Saída	Hora
	Visto Origem <u>monteiro</u>	Vista Destino <u>el rei</u>	Vista Destino	
	<u>15:06</u>	<u>018225</u>		

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado Inconsciente

Pupilas Isocôricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnéico 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

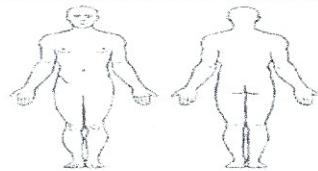
Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
<u>120x75</u>	<u>68</u>	<u>R</u>	<u>15</u>	<u>15</u>	<u>36.3</u>	<u>100%</u>	

Abertura ocular		Resposta Verbal				Resposta Motora			
<input type="checkbox"/>	Espontânea 4	<input checked="" type="checkbox"/>	Orientada 5			<input checked="" 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 Improórias 3			<input type="checkbox"/>	Movimentos de retardia 4		
<input type="checkbox"/>	Nenhuma 1	<input type="checkbox"/>	Palavras Incomprêencivas 2			<input type="checkbox"/>	Flexão Anormal 3		
	ii	<input type="checkbox"/>	Nenhuma 1			<input type="checkbox"/>	Extensão Anormal 2		
						<input checked="" 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 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

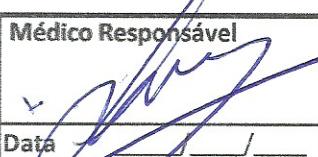
16:42 - Passei plantão da Santa Casa de Pelotas, com paciente Cláire gestante de 28 semanas e 6 dias, conciente, comunicativa e pronunciada A.F., sem AJP, acomodada em maca de transporte, encaminhada da ambulância acompanhada pelo esposo segue sem intervenção, sem opinião da doc.

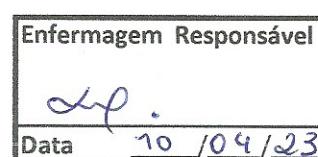
17:15, Passei plantão do paciente gestante Cláire histórica de perda de líquido estéril no momento, conciente comunicativa em seu ambiente sem AFD, sem exames laboratoriais e imagens, sem intervenção até o momento —

Materiais Utilizados

III
INTER AL VIDAS

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

Médico Responsável

Data: 10/04/23

Enfermagem Responsável

Data: 10/04/23

Condutor Socorrista

Data: 10/04/23