

Ficha de Acompanhamento

OS

<input 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"/> 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"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT /TOM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C . HIPER.	Outros

EMPRESA Santana Linda SA Solicitante WILSON LIMA Data 30/05/24

Origem: Quadra c correta. X

Nome: Silviano Idade _____ Contato: _____

Sexo Masculino

Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>43 f94</u>	km	km	km
<u>43 f94</u>	Hora Chegada <u>12:30</u>	Hora Chegada	Hora Chegada	<u>43 f94</u>
Hora	Hora Saida	Hora Saida	Hora Saida	Hora
<u>12:05</u>	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	<u>23:30</u>

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado Inconsciente

Pupilas Isocôricas Anisocôrica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnéico Taquicardia Braquicardia Apnéia Cheyne Stokes Biot Kussmaul

Circulatório Pulso normocadiaco Ritímico Arritmico Dicrotico Taquisfmgia Brasisfgmia 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

Abertura ocular

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Espontânea 4 | <input type="checkbox"/> Orientada 5 |
| <input type="checkbox"/> voz 3 | <input type="checkbox"/> Confusa 4 |
| <input type="checkbox"/> A dor 2 | <input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3 |
| <input type="checkbox"/> Nenhuma 1 | <input type="checkbox"/> Palavras Incomprêencivas 2 |
| | <input type="checkbox"/> Nenhuma 1 |

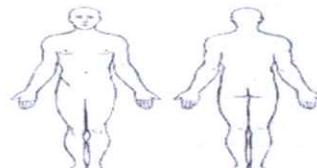
Resposta Verbal

- | |
|---|
| <input 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

	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.

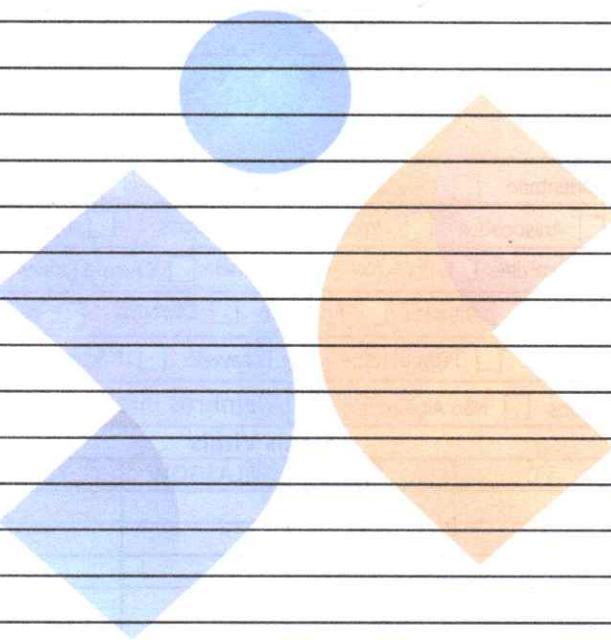
Estou ciente e orientado do quadro clínico do paciente para transporte e dos riscos envolvidos no transporte, podendo o paciente apresentar quadro clínico de instabilidade durante o percurso.

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

(Assinatura do médico ou enfermeiro)



Materiais Utilizados

REAL VIDAS

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

Data ____ / ____ / ____

Enfermagem Responsável

Adrienne M. Martins de Abreu

Data 30/05/24

Condutor Socorrista

Data ____ / ____ / ____

Adrienne M. Martins de Abreu 05585578-3