

Ficha de Acompanhamento

<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 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	<input type="checkbox"/>

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

EMPRESA P. PI-DA Solicitante Andréia Data 03/06/23

Origem: Camto FENOV x

Nome: FuT SUB 15 E 17 Idade _____ Contato: _____

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>130 547</u>	km	km	km
<u>130 544</u>	Hora Chegada <u>08:05</u>	Hora Chegada	Hora Chegada	<u>130 551</u>
Hora	Hora Saída <u>12:50</u>	Hora Saída	Hora Saída	Hora
	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	<u>13:08</u>
<u>07:53</u>				

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado Inconsciente

Pupilas Isocôricas Anisocôrica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnêico Taquicardia Braquicardia Apnéia Cheyne Stokes Biot Kussmaul

Circulatório Pulso normocadiaco Ritímico Arritmico Dicrotico Taquisfmgia Brasifgmia Filiforme

Abdomem Plano Globoso Protuberante Escavado Flácido Em Avental

Membros Superior Alterados Não Alterados Membros Inferiores Alterados Não Alterados

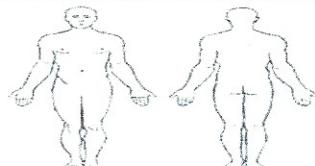
Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input type="checkbox"/> Espontânea 4	<input type="checkbox"/> Orientada 5	<input type="checkbox"/> Obedece 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
	<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<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 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	

Observações Médicas / Enfermeiros

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

Data _____/_____/_____

Enfermagem, Responsável

Cláudemir da Silva
Téc. de Enfermagem
COREN-SP 460.605

Data 03/06/23

Condutor Socorrista

Antônio da Oliveira
Data 03/06/23