



REALVIDAS
REMOÇÕES E EMERGÊNCIAS 24H

Ficha de Acompanhamento

OS

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

EMPRESA  JOSÉ CDM

Solicitante

march 20

Data

Data 24.04.22

Origem: Fábrica

7

Y

Name: Edmund Bain

Idade

Contato: 1

Seyd

Masculino

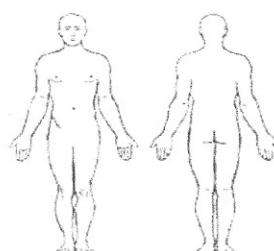
Feminino

SUS / CONVENIO

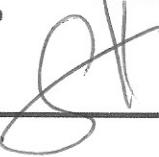
Nº CARTEIRINHA

controle de O2					
Consumo de O2	150	140	130	120	110
	100	90	80	70	60
	50	40	30	20	10
Consumo de O2	150	140	130	120	110
	100	90	80	70	60
	50	40	30	20	10
Consumo de O2	150	140	130	120	110
	100	90	80	70	60
	50	40	30	20	10

QUEIMADURAS	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie
	I								
	II								
	III								



Controle de Itinerários

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 118707	km 118758	km 118809	km	km
Hora 06:50 07:40	Hora 07:40 19:05	Hora 19:05 <u>ca</u>	Hora	Hora
	Visto 	Visto	Visto	

Tipos de exames

CATE TOMO GTT TQT/TQM US RX RMN CPRS T. C. HIPER.

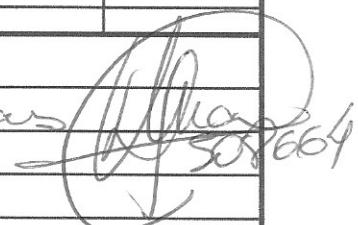
Outros:

Sinais Vitais e Parâmetros Evolutivos e Conduta / Horário

HORA							
PA							
FC							
FR							
GLASGOW							
TEMP							
Sat O2							
Hgt							

Observações Médicas / Enfermeiros

Eventos Sem Intervenções

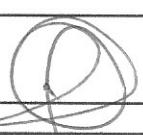

08/06/2014

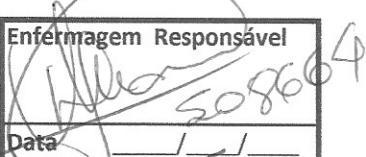
CONSENTIMENTO PARA TRANSPORTE PACIENTE EM AMBULÂNCIA.

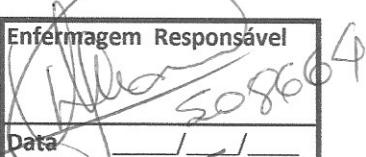
Declaro que fui orientado pelos médicos verbalmente sobre o quadro clínico do paciente.

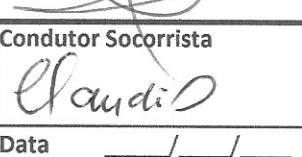
Estou ciente e orientado do quadro clínico do paciente para transporte e dos riscos envolvidos no transporte, podendo o paciente apresentar quadro clínico de instabilidade durante o percurso.

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 <i>Condine C B C Open</i>	assinatura 
RG/CPF <i>28925547-6</i>	

Médico Responsável

Data _____

Enfermagem Responsável

Data _____

Condutor Socorrista

Data _____