

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"/> RX	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> INTERNACÃO	<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"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT /TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.	Outros		PET CT

EMPRESA	Solicitante	Data
---------	-------------	------

Origem:	X	X
---------	---	---

Nome:	Idade	Contato:
-------	-------	----------

Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino
------	------------------------------------	-----------------------------------

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km 125772	km 125773	km 125774	km
125749.	Hora Chegada 17:30	Hora Chegada 20:00	Hora Chegada 20:30	125793
Hora	Hora Saida	Hora Saida 20:30	Hora Saida 21:50	Hora
17:00	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	22:26

Neurologica	<input type="checkbox"/> Lucido	<input type="checkbox"/> Comunicativo	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Conciente	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Inciente	<input type="checkbox"/> Confuso
-------------	---------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------

Pupilas	<input type="checkbox"/> Pupilas Isocóricas	<input type="checkbox"/> Pupilas Anisicóricas	<input type="checkbox"/> Foto Reagente	<input type="checkbox"/> Foto Não Reagente	<input type="checkbox"/> ID ou E	<input type="checkbox"/> É Maior
---------	---------------------------------------------	-----------------------------------------------	----------------------------------------	--------------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

Respiratória	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Braquicardia	<input type="checkbox"/> Positiva	<input type="checkbox"/> Negativa
--------------	--------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

Circulatório	<input type="checkbox"/> Pulso	<input type="checkbox"/> Sem Pulso	<input type="checkbox"/> Pulso Forte	<input type="checkbox"/> Filiforme
--------------	--------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------

Abdomem	<input type="checkbox"/> Plano	<input type="checkbox"/> Globoso	<input type="checkbox"/> Rígido	<input type="checkbox"/> Flácido
---------	--------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

Membros Superior	<input type="checkbox"/> Alterados	<input type="checkbox"/> Não Alterados	Membros Superior	<input type="checkbox"/> Alterados	<input type="checkbox"/> Não Alterados
------------------	------------------------------------	----------------------------------------	------------------	------------------------------------	----------------------------------------

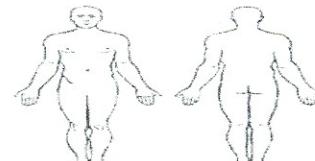
Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input type="checkbox"/> Espontânea 4 <input type="checkbox"/> voz 3 <input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1 /	<input type="checkbox"/> Orientada 5 <input type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Palavras Improprias 3 <input type="checkbox"/> Palavras Incompreensias 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<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	QUEIMADURAS									
	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie	
	I									
	II									



Consentimento para transporte de Pacientes

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	assinatura
RG/CPF	

Observações Médicas / Enfermeiros

Materiais Utilizados

Oxigenio	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 - Pegueno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	

Médico Responsável

Enfermagem Responsável

Condutor Socorrista

Data ____ / ____ / ____

Data ____ / ____ / ____

Data 03/10/2024