

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 checked="" 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	

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

EMPRESA P. Saúde. Solicitante TANIA. Data 02/10/23

Origem: P. TREMÉM BÉ X P. X P. TREMÉM BÉ

Nome: Olga Giovannelli Garcia Idade _____ Contato: _____

Sexo Masculino

Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>132 372</u>	km <u>132 381</u>	km <u>132 389</u>	km
<u>132354</u>	Hora Chegada <u>07:15</u>	Hora Chegada <u>07:47</u>	Hora Chegada <u>07:20</u>	<u>132405.</u>
Hora	Hora Saida <u>07:25</u>	Hora Saida <u>08:50</u>	Hora Saida <u>09:30</u>	Hora
<u>06:25.</u>	Visto Origem <u>recepção</u>	Vista Destino <u>PP</u>	Vista Destino <u>agendamento</u>	<u>10:10</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>07:25</u>	<u>120x80</u>	<u>78</u>	<u>20</u>	<u>15</u>	<u>36.3</u>	<u>97</u>	

Abertura ocular

- Espontânea 4
- voz 3
- A dor 2
- Nenhuma 1

Resposta Verbal

- Orientada 5
- Confusa 4
- Palavras Improórias 3
- Palavras Incomprêencivas 2
- Nenhuma 1

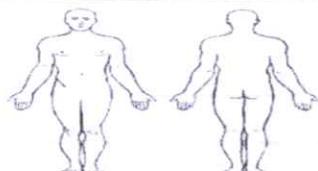
Resposta Motoria

- Obdece comandos 6
- Localiza Dor 5
- Movimentos de retardia 4
- Flexão Anormal 3
- Extensão Anormal 2
- 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 JOEL FRANCISCO GIOVANELLI GARCIA MARTINS
RG/CPF 12.450.129-1

assinatura [Signature]

Observações Médicas / Enfermeiros

Recebe cliente em sua residência, encontra-se em repouso absoluto em cama. Corada, hidratada, afibril, eugénica em A.A. Ponto cliente para marcar e encaminhar para o local de origem, acompanhado pelo enfermagem.

Realizado exame sem intercorrências, retorno para residência.

Roberta Jacqueline M. Stellet
Técnico em Enfermagem
COREN-SP 1317189

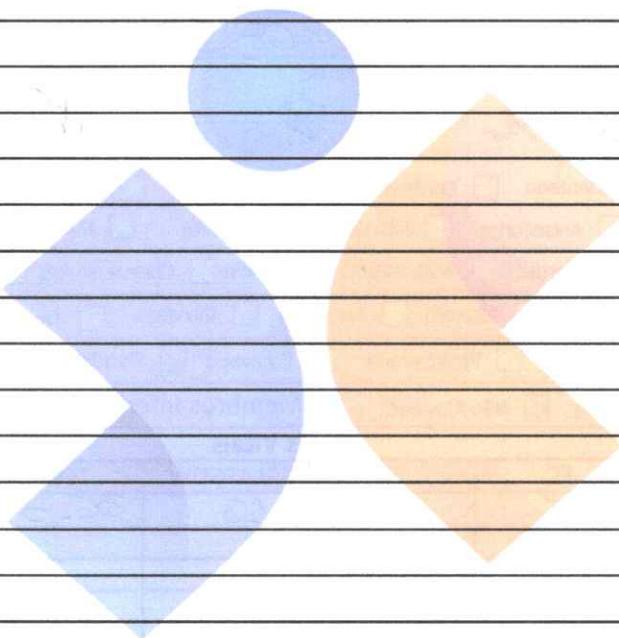
Roberta Jacqueline M. Stellet
Técnico em Enfermagem
COREN-SP 1317189

Roberta Jacqueline M. Stellet
Técnico em Enfermagem
COREN-SP 1317189

Cliente entregue em sua residência, acomodado em cadeira, sem intercorrências.

Roberta Jacqueline M. Stellet
Técnico em Enfermagem
COREN-SP 1317189

Roberta Jacqueline M. Stellet
Técnico em Enfermagem
COREN-SP 1317189



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

Roberta Jacqueline M. Stellet
Técnico em Enfermagem
COREN-SP 1317189

Data 02 / 10 / 23

Condutor/Socorrista

Data ____ / ____ / ____