

**REALVIDAS**
REMOÇÕES - EMERGÊNCIAS 24h

Ficha de Acompanhamento

OS

☒ BÁSICA ☐ UTI ADULTO ☐ UTI INFANTIL ☐ UTI NEO ☐ UTI ÁREA ☒ EVENTOS ☐ PARTICULAR ☐ APH
☐ EXAMES ☐ TRASFERÊNCIA HOSPITALAR ☐ ALTA HOSPITALAR ☒ INTERNAÇÃO ☐ SIV - INT

Tipos de Exames ☐ CATE ☐ TOMO ☐ RX ☐ CPRS ☐ STT ☐ TQT /TQM ☐ US ☐ RMN ☐ T. C. HIPER. Outros

EMPRESA PREP. DINDA Solicitante FLONES Data 08/10/22

Origem: Pir-R X PAR EDUARDO X PUR

Nome: _____ Idade _____ Contato: _____

Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO _____ Nº CARTEIRINHA _____

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>124748</u>	km <u>124774</u>	km	km
<u>124725</u>	Hora Chegada <u>12:30</u>	Hora Chegada <u>23:27</u>	Hora Chegada	
Hora	Hora Saída <u>23:00</u>	Hora Saída	Hora Saída	Hora
<u>11:50</u>	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	

Neurologica ☐ Lucido ☐ Comunicativo ☐ Orientado ☐ Conciente ☐ Desorientado ☐ Inciente ☐ Confuso

Pupilas ☐ Pupilas Isocóricas ☐ Pupilas Anisocóricas ☐ Foto Reagente ☐ Foto Não Reagente ☒ D ou E ☐ É Maior

Respiratória ☐ Taquicardia ☐ Braquicardia ☐ Positiva ☐ Negativa

Circulatório ☐ Pulso ☐ Sem Pulso ☐ Pulso Forte ☐ Filiforme

Abdomem ☐ Plano ☐ Globoso ☐ Rígido ☐ Flácido

Membros Superior ☐ Alterados ☐ Não Alterados Membros Superior ☐ Alterados ☐ Não Alterados

Sinais Vitais

	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
HORA							

Abertura ocular

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

Resposta Verbal

- ☐ Orientada 5
☐ Confusa 4
☐ Palavras Impróprias 3
☐ Palavras Incompreensões 2
☐ Nenhuma 1

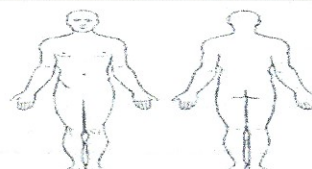
Resposta Motora

- ☐ Obedece 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 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

RG/CPF

assinatura

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

Médico Responsável

Claudemir

Data

___/___/___

Enfermagem Responsável

RNISCILA

Data

08/10/22

Condutor Socorrista

ABILATAN

Data

08/10/22

21:10
23:40

11:50
21:10