

Ficha de Acompanhamento

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 PET SCAM
 GTT TQT/TQM US RMN T.C. HIPER. Outros

EMPRESA CASA SAVÍO **Solicitante** NAVRAS **Data** 27.02.22

Origem: RSD, RESENHA x PERIMETRO x

Nome: Francisco Eugene Filho **Idade** 91 **Contato:** _____

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO Unimed **Nº CARTEIRINHA** 0004 5501254000580

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>126562</u>	km <u>126564</u>	km <u>126572</u>	km
<u>126544</u>	Hora Chegada <u>15:16</u>	Hora Chegada <u>15:55</u>	Hora Chegada <u>17:20</u>	<u>126580</u>
Hora	Hora Saida <u>15:30</u>	Hora Saida <u>17:00</u>	Hora Saida	Hora
	Visto Origem <u>Releito</u>	Dhista <u>QUEIMADURAS DE ATAUJO</u> Médico <u>CRM-91408</u>	Vista Destino	<u>17:50</u>

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado Inconsciente

Pupilas Isocôricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior !

Respiratória Eupnélico 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 Superior** Alterados Não Alterados

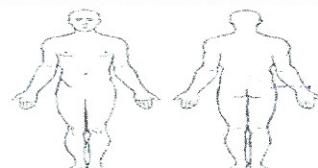
Sinais Vitais INFERIOR

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
<u>15h35</u>	<u>110x70 mmHg</u>	<u>83 Bpm</u>	<u>17 Rpm</u>	<u>15</u>	<u>36,5°C</u>		

TRAUMA	Descrição	Crâ	Resposta Verbal			Resposta Motora			Mie
			Escoriação	Face	Col	Tór	Bac	Msd	
	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 Reinene Valente Eugene

assinatura Reinene

RG/CPF 220562477

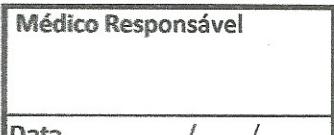
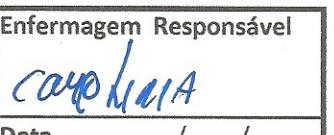
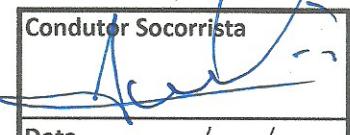
Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente encontra-se no leito em seu domicílio, familiares relatam que paciente não se ambula, está voltando a andar de andador. Foi levado do leito para a maca e colocado na ambulância. Verificado SSUJ, onde todos estavam estáveis sem alterações. Encaminhado a clínica médica DHF Life, para consultar médica e realização de exame de coleta (D). Olho (D) apresenta hiperemia edema. Paciente sem alterações durante o retorno ao domicílio. Foi acompanhado pelo Filho e neta. Efº Camila Corrêa 440606. Comilc n. Pidungetti.

Materiais Utilizados

Nenhum material foi utilizado

Oxigênio	01 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	
		<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso		
	02 - Grande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quantos Bar Utilizou	
	03 - Pequeno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quantos Bar Utilizou	
	04 - Pequeno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quantos Bar Utilizou	

Médico Responsável	Enfermagem Responsável	Condutor Socorrista
		
Data _____	Data _____	Data _____