

Ficha de Acompanhamento

| | | | | | | | |
|---------------------------------|---|---------------------------------------|--|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> BÁSICA | <input checked="" 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 type="checkbox"/> EXAMES | <input checked="" type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR | | <input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR | | <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO | <input type="checkbox"/> SIV - INT | |

Tipos de Exames CATE TOMO RX CPRS PET SCAM Outros

EMPRESA MED SAE ND Solicitante Sabio Rotta. Data 12-04-24

Origem: H. B. Colina x H.P. D. XH x

Nome: Jorge Carlos da Oliveira Idade 62 Contato:

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO SUL AMERICAS Nº CARTEIRINHA 01898051665080013

| Saída Base | Origem | Destino | Destino | Chegada Base |
|---------------|---------------------------|---------------------------|------------------|--------------|
| km | km <u>150685</u> | km <u>150730</u> | km <u>150990</u> | km |
| <u>150685</u> | Hora Chegada <u>00:35</u> | Hora Chegada <u>01:58</u> | Hora Chegada | |
| Hora | Hora Saída <u>01:05</u> | Hora Saída <u>02:10</u> | Hora Saída | Hora |
| | Vista Origem | Vista Destino | Vista Destino | |
| <u>23:50</u> | <u>23:50</u> | <u>02:10</u> | | |

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado Inconsciente

Pupilas Isocôricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnético Taquicardia Braquicardia Apnéia Cheyne Stokes Biot Kussmaul

Circulatório Pulso normocadiaco Ritímico Arritmico Dicrotico Taquisfmgia Brasismgia 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>01:10</u> | <u>123X79</u> | <u>96</u> | <u>23</u> | <u>15</u> | <u>36.6</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

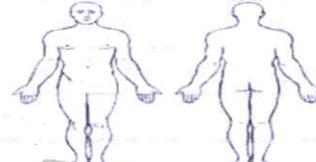
Resposta Motora

- 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 ambulancia 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

assinatura

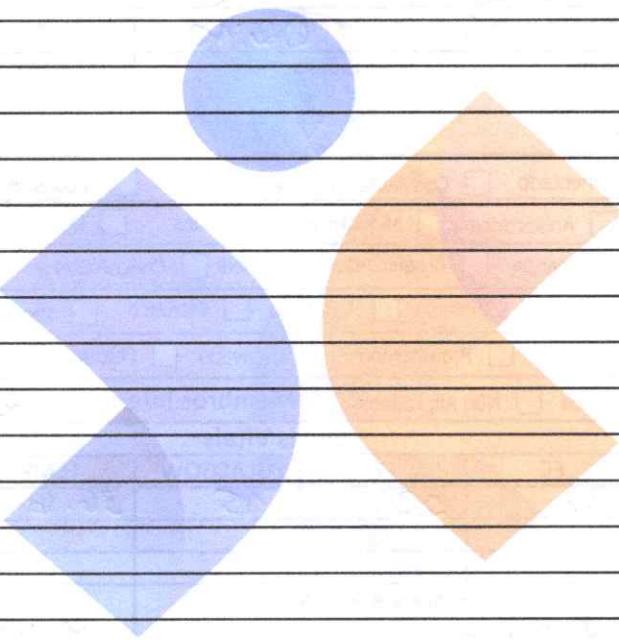
RG/CPF

Observações Médicas / Enfermeiros

Transporte do paciente da Policlínica consiente comunicativo, com dengue encaminhado para o hospital Fis XII, em maca de transporte acompanhado pela esposa; segue transporte sem ocorrência df.

Reunião sem intervenção

DR. ADYALDO DAVID ANGELO
CRM 108818
Remoções Médicas
IM Neonatal, Pediátrica e Adulto



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

Benítez

Data 13/04/24

Condutor Socorrista

Jesu

Data _____