

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 VALE HOME CARE. Solicitante GNT. Glentau. Data 03.11.23

Origem: H. SOS JOSÉ X P.P. NIZA X

Nome: Nicolely quedes Corre Idade 14 Contato:

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO pp 142603 Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>A 142 546</u>	km <u>142 250</u>	km <u>x 192613</u>	km
<u>142487</u>	Hora Chegada <u>16h05</u>	Hora Chegada <u>18:00</u>	Hora Chegada <u>18:35</u>	
Hora	Hora Saída <u>17:00</u>	Hora Saída <u>17:00</u>	Hora Saída	Hora
	Visto Origem <u>15:30</u>	Vista Destino <u>Nicolely quedes Corre</u>	Vista Destino	

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado Inconsciente

Pupilas Isocôricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnêico Taquicardia Braquicardia Apnéia Cheyne Stokes Biot Kussmaul

Circulatório Pulso normocadiaco Ritímico Arritmico Dicrotico Taquisfemia Brasisfemia Filiforme

Abdomem Plano Globoso Protuberante Escavado Flácido Em Avental

Membros Superior Alterados Não Alterados Membros Inferiores Alterados Não Alterados

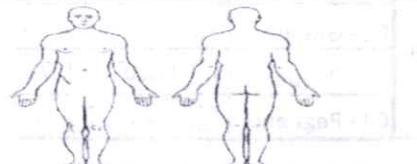
Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
				<u>14</u>			

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input type="checkbox"/> Espontânea 4 <input checked="" type="checkbox"/> voz 3 <input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5 <input type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3 <input type="checkbox"/> Palavras Incomprêencivas 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input checked="" 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
Descrição	Crâ	Face
Escoriação		
Cont		
Ferim		
Luxa		
Frat		
Lace		
Secç		

TRAUMA	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
	Cont									
	Ferim									
	Luxa									
	Frat									
	Lace									
	Secç									

QUEIMADURAS	QUEIMADURAS									
	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie	
	I									
	II									
QUEIMADURAS	QUEIMADURAS									
	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie	
	I									
	II									
	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie	



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										

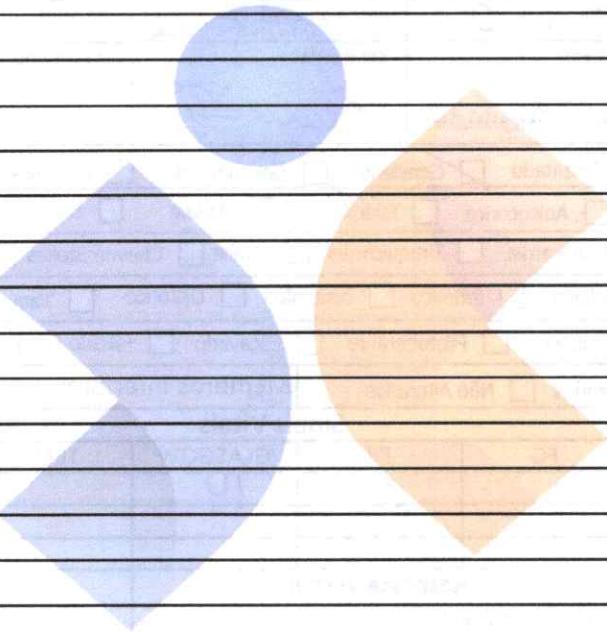
Nome	assinatura
RG/CPF	

Observações Médicas / Enfermeiros

15h30 Realizado levantamento para o encaminhamento do paciente para a enfermagem e seu envio ao setor de cirurgia do hospital São João.

17h10 Realizado levantamento de alto do paciente, encontra-se em GW14, expira em AS, normocártico, fundo de olho com globos e papilas, a pressão arterial permanece constante, exames da enfermagem positivos, respeito ao enfermeiro e ao paciente.

Alex. 16
1993760



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

Data 03/11/23

Condutor Socorrista

Data _____