



Ficha de Acompanhamento

OS

<input type="checkbox"/> BÁSICA	<input type="checkbox"/> UTI ADULTO	<input type="checkbox"/> UTI INFANTIL	<input type="checkbox"/> UTI NEO	<input type="checkbox"/> UTI ÁREA	<input checked="" type="checkbox"/> EVENTOS	<input type="checkbox"/> PARTICULAR	<input type="checkbox"/> APH
<input type="checkbox"/> EXAMES	<input type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> INTERNACÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT

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

EMPRESA _____ Solicitante _____ Data 22-9-22

Origem: Pinda X TAUBATÉ EVENTO X PINDA

Nome: _____ Idade: _____ Contato: _____

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO _____ N° CARTEIRINHA _____

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>124939</u>	km <u>124957</u>	km	km
<u>124920</u>	Hora Chegada <u>17:20</u>	Hora Chegada <u>22:20</u>	Hora Chegada	
Hora	Hora Saída <u>21:40</u>	Hora Saída	Hora Saída	Hora
<u>16:30</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 Bradicardia 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

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
Abertura ocular		Resposta Verbal			Resposta Motora		

Espontânea 4
 voz 3
 A dor 2
 Nenhuma 1
 //

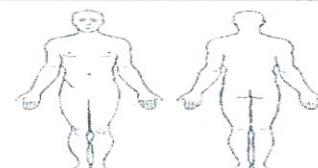
Orientada 5
 Confusa 4
 Palavras Improprias 3
 Palavras Incompreencias 2
 Nenhuma 1

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									

QUEIMADURAS

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



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 _____	assinatura _____
RG/CPF _____	