

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

788

<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"/> TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT			

Tipos de Exames ☒ CATE ☐ TOMO ☐ RX ☐ CPRS ☐ PET SCAM ☐ GTT ☐ TQT / TOM ☐ US ☐ RMN ☐ T. C. HIPER. Outros

EMPRESA P. M. ROSEIRO Solicitante NIL Data 23/06

Origem: S. CASA APARECIDO x H. P. U. P. x

Nome: Elaine Lopes Jaqueira Idade 64 Contato: _____

Sexo ☒ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO SUS Nº CARTEIRINHA _____

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
45625	45694	45740	45759	
Hora	Hora Chegada	Hora Chegada	Hora Chegada	Hora
09:30	10:40	11:10	12:05	
	Hora Saida	Hora Saida	Hora Saida	
	10:40	11:40		
	Vista Origem: D. de Abreu Téc. de Enfermagem COREN-SP 1078598	Vista Destino: Maria Carolina S. Fernandes Enfermeira COREN-SP 656645	Vista Destino	

Neurológica ☒ Lúcido ☒ Orientado ☒ Conciente ☐ Desorientado ☐ Inconsciente

Pupilas ☒ Isocóricas ☐ Anisocórica ☐ Midriática ☐ Miotica ☐ D ou E ☐ É Maior

Respiratória ☒ Eupnéico ☐ Taquicardia ☐ Braquicardia ☐ Apnéia ☐ Cheyne Stokes ☐ Biot ☐ Kussmaul

Circulatório ☒ Pulso normocardiaco ☐ Rítmico ☐ Arritmico ☐ Dicrotico ☐ Taquisfmgia ☐ Bradisfmgia ☐ Filiforme

Abdomem ☐ Plano ☒ Globoso ☐ Protuberante ☐ Escavado ☐ Flácido ☐ Em Avental

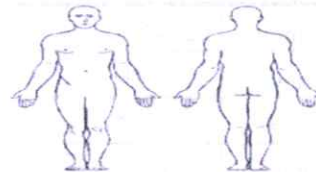
Membros Superior ☐ Alterados ☒ Não Alterados Membros Inferiores ☐ Alterados ☒ Não Alterados

Sinais Vitais							
HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
10:30	106/100	74	19	15	36.2	99	-
10:45	106/100	87	19	15	36.1	95	-
11:10	109/95	90	17	15	-	95%	-

Abertura ocular <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4 <input type="checkbox"/> voz 3 <input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	Resposta Verbal <input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5 <input type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3 <input type="checkbox"/> Palavras Incomprêensivas 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	Resposta Motora <input checked="" type="checkbox"/> Obedece 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
--	--	--

TRAUMA	Descrição	Crã	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
	Escoriação									
	Cont									
	Ferim									
	Luxa									
	Frat									
	Lace									
	Secc									

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 Patricia da Silva assinatura Patricia da Silva
 RG/CPF 10 96 38 788-73

Observações Médicas / Enfermeiros

Nágila Monteiro da Conceição Silva
Enfermeira
Coren-SP 832248

Márcia Monteiro da Conceição Silva
Enfermeira
Coren-SP 832240

Nágila Monteiro da Conceição Silva
Enfermeira
Coren-SP 832248 74

Materiais Utilizados

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	

Conductor Socorrista	
Data	