

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 REDCSolicitante 5040Data 16.07.23Origem: H.S.CAMILLO C.S. x H.S.C. S.P.

x

Nome: CARLOS RENATO P.Idade 69.

Contato:

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>26077</u>	km <u>26053</u>	km <u>26424</u>	km
<u>26018</u>	Hora Chegada <u>18:58</u>	Hora Chegada <u>22:15</u>	Hora Chegada <u>0:50</u>	
Hora	Hora Saida <u>18:40</u>	Hora Saida <u>22:30</u>	Hora Saida	Hora
<u>14.11</u>	Visto Origem Deborah Evolini M. Godey Enfermeira CORESP 539708	Vista Destino	Vista Destino	

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado InconscientePupilas Isocôricas Anisocoria Midriátrica Miotica D ou E É MaiorRespiratória Eupnéico Taquicardia Braquicardia Apnéia Cheyne Stokes Biot KussmaulCirculatório Pulso normocadiaco Ritímico Arritmico Dicrotico Taquisfmgia Brasifgmia FiliformeAbdomem Plano Globoso Protuberante Escavado Flácido Em AventalMembros Superior Alterados Não Alterados Membros Inferiores Alterados Não Alterados

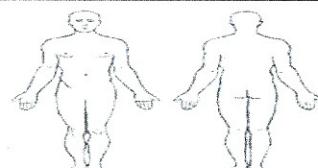
Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
<u>170X75</u>	<u>72</u>	<u>20</u>	<u>15</u>			<u>97</u>	

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motoria
<input type="checkbox"/> Espontânea 4	<input type="checkbox"/> Orientada 5	<input type="checkbox"/> Obdece comandos 6
<input type="checkbox"/> voz 3	<input type="checkbox"/> Confusa 4	<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5
<input type="checkbox"/> A dor 2	<input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3	<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Palavras Incomprêencivas 2	<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3
	<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2
		<input type="checkbox"/> 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 Carlos Renato P.RG/CPF 15.788657-8Assinatura Olá

Observações Médicas / Enfermeiros

DM + HAS + PNM grande
 apresentando a anterobrachio
 leve de PI São Paulo vaga VII
 com uso de oxigenoterapia
 Deu de a oxigenação de Cane
 foi feito transporte em caco +

CRM 91817
 Clínica Medicina
 RQE 110116

Dr. M.
 Clínica Medicina Bozzani
 Terapeuta Médica e
 CRM 91817

Reabilitar paciente no corpo do São Paulo
 Deve ser evitado deslocos de São Paulo no mínimo de
 realizando transporte em intubação — Dr.

Materiais Utilizados

REFE AL 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 16 / 10 / 23

Condutor Socorrista

Data _____ / _____ / _____