

Ficha de Acompanhamento

os 763.

<input type="checkbox"/> BÁSICA	<input type="checkbox"/> UTI ADULTO	<input type="checkbox"/> UTI INFANTIL	<input checked="" 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 type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR		<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR		<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT	

Tipos de Exames	<input type="checkbox"/> CATE	<input type="checkbox"/> TOMO	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	Outros
	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT /TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.	

EMPRESA MED SALVA Solicitante Data 05.01.29

Origem: H. Polyclinico SSC. x Pedi. DOR.

Nome: JOHANNY NATHALY COSTA SILVA Idade Contato:

Sexo Masculino

Feminino

SUS / CONVENIO SUL AMERICA. SP

Nº CARTEIRINHA 88888481818270010

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 144570	km 144633	km 144638	km 144643	km 144707
Hora	Hora Chegada 07:10	Hora Chegada 08:25	Hora Chegada 08:04	Hora 10:30
Visto Origem 06:00	Vista Destino Para	Vista Destino Heléna	Vista Destino	

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado Inconsciente

Pupilas Isocôricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnéico Taquicardia Braquicardia Apnéia Cheyne Stokes Biot Kussmaul

Circulatório Pulso normocadiaco Ritímico Arritmico Dicrotico Taquisfmgia Brasisfmgia 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

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

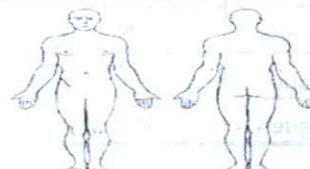
Resposta Motora

- 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									



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

RN pre termo + fagui supras, apresentou desconforto respiratório, transferido para UTI, onde foi estabilizado em uso de teroterapia por bomba de infusão, sem oxigênio, Eletrotomia, em regiões axilar, diafragmático central, duplo buraco em m. STO, SSVO FC = 168, FR: 49, Sat O₂: 98% em AA, Resuscitação realizada para pedidos em ambulância UTI ida Volta sem intercorrências.

M. Santos
CONCEPÇÃO SP 508.004-ENF

Próxime a bom Estado geral, ar ambiente, ativo e reativo. Temperatura sem intercorrências.

DR. ANDERSON DE S. AZEVEDO
MÉDICO
CRM 143467-SP

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 05/07/24

Condutor Socorrista

Data _____/_____/_____