

Ficha de Acompanhamento

OS

<input checked="" 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"/> RX	<input type="checkbox"/> CPRS	<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	Outros	PET CT
	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT/TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.	

EMPRESA	Solicitante	Data
---------	-------------	------

Origem:	x	x
---------	---	---

Nome:	Idade	Contato:
-------	-------	----------

Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino
------	------------------------------------	-----------------------------------

SUS / CONVENIO	Nº CARTEIRINHA
----------------	----------------

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km 125409	km 12549	km	km
125364	Hora Chegada 07:30	Hora Chegada 12:15	Hora Chegada	12
Hora	Hora Saida 12:00	Hora Saida	Hora Saida	Hora
	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	
06145				

Neurologica	<input type="checkbox"/> Lucido	<input type="checkbox"/> Comunicativo	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Conciente	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Inciente	<input type="checkbox"/> Confuso
-------------	---------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------

Pupilas	<input type="checkbox"/> Pupilas Isocóricas	<input type="checkbox"/> Pupilas Anisocóricas	<input type="checkbox"/> Foto Reagente	<input type="checkbox"/> Foto Não Reagente	<input type="checkbox"/> D ou E	<input type="checkbox"/> É Maior
---------	---	---	--	--	---------------------------------	----------------------------------

Respiratória	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Braquicardia	<input type="checkbox"/> Positiva	<input type="checkbox"/> Negativa
--------------	--------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

Circulatório	<input type="checkbox"/> Pulso	<input type="checkbox"/> Sem Pulso	<input type="checkbox"/> Pulso Forte	<input type="checkbox"/> Filiforme
--------------	--------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------

Abdomem	<input type="checkbox"/> Plano	<input type="checkbox"/> Globoso	<input type="checkbox"/> Rígido	<input type="checkbox"/> Flácido
---------	--------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

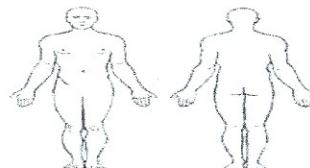
Membros Superior	<input type="checkbox"/> Alterados	<input type="checkbox"/> Não Alterados	Membros Superior	<input type="checkbox"/> Alterados	<input type="checkbox"/> Não Alterados
------------------	------------------------------------	--	------------------	------------------------------------	--

Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

Abertura ocular		Resposta Verbal			Resposta Motoria		
<input type="checkbox"/> Espontânea 4	<input type="checkbox"/> Voz 3	<input type="checkbox"/> Orientada 5	<input type="checkbox"/> Confusa 4	<input type="checkbox"/> Palavras Improprias 3	<input type="checkbox"/> Palavras Incompreensias 2	<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Obdece comandos 6
<input type="checkbox"/> A dor 2	<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5	<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4	<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3
<input type="checkbox"/> Luxa					<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2	<input type="checkbox"/> Nenhuma	
<input type="checkbox"/> Frat							
<input type="checkbox"/> Lace							
<input type="checkbox"/> Secç							

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



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	

Observações Médicas / Enfermeiros

EVACUAÇÃO REALIZADA SEM DIFICULDADE

Claudemir da Silva
Téc. de Enfermagem
COREN-SP 460.605

Materiais Utilizados

Oxigenio	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 - Pegueno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	

Médico Responsável

Data _____

Enfermagem Responsável

Data _____

Condutor Socorrista

Data _____