

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 type="checkbox"/> EVENTOS	<input type="checkbox"/> PARTICULAR	<input type="checkbox"/> APH
<input checked="" type="checkbox"/> EXAMES	<input type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	<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 CASA SAÚDE Solicitante MAYARA Data 07-08-22
 Origem: Rinder P. x SJC H.S. DONA M. x Prma. P.

Nome: Christina Idade 52 Contato: _____

Sexo Masculino

Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
<u>131 863</u>	<u>131 877</u>	<u>131 947</u>	<u>132 018</u>	
Hora	Hora Chegada <u>08:00</u>	Hora Chegada <u>09:09</u>	Hora Chegada <u>14:38</u>	<u>132 033</u>
	Hora Saida <u>08:04</u>	Hora Saida <u>13:40</u>	Hora Saida <u>14:48</u>	Hora
<u>07:19</u>	Visto Origem	Vista Destino <u>1010797</u>	Vista Destino	<u>15:25</u>

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado Inconsciente

Pupilas Isocôricas Anisocôrica Midriátrica Miotica D ou E É Maior !

Respiratória Eupnélico Taquicardia Braquicardia Apnéia Cheyne Stokes Biot Kussmaul

Circulatório Pulso normocadiaco Ritímico Arritmico Dicrotico Taquisfmgia Brasifgmia 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
<u>08:10</u>	<u>260</u>	<u>78</u>	<u>20</u>	<u>15</u>	<u>35,8</u>	<u>97%</u>	
<u>24/10/2020</u>		<u>80</u>	<u>20</u>	<u>15</u>	<u>36,0</u>	<u>98%</u>	

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

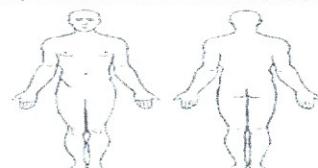
Resposta Motoria

- 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									
III									



Consentimento para transporte de Pacientes

Declaro que fui orientado pela equipe da ambulância 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 Gabriela Toffolo da Silva Antunes

assinatura

RG/CPF 27485547-1

Observações Médicas / Enfermeiros

08:04 ADULTO PROSCENTE A SUA NECESSIDADE
SEM DIFERENÇA TÍPICA EM PESO, AGRUPAMENTO
PRA ENFERMEIRO + IRMÃO + CONDUTOR
SER CO-ATRIBUÍDO. IR. PROTECTOR, PTFE BIL, PROTECTOR
SEM PTA. SUGO AO CIRURGÃO DE ENFERMEIRO
09:40:09 DESTINO HOSPITAL SANTO DOMINGO
14:38 DESTINO DEPARTAMENTO DE RAZIN

~~Claudemir da Silva
Téc. de Enfermagem
COREN-SP 460.605~~

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	

Médico Responsável

Data _____/_____/_____

Enfermagem Responsável

~~Claudemir da Silva
Téc. de Enfermagem
COREN-SP 460.605~~

Data 07/08/23

Condutor Socorrista

~~Stevia~~

Data 07/08/23