

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"/> 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 | | |
| | <input type="checkbox"/> GTT | <input type="checkbox"/> TQT/TQM | <input type="checkbox"/> US | <input type="checkbox"/> RMN | <input type="checkbox"/> T.C. HIPER. | Outros | |

| | | | | |
|---------|---------------------------|--------------------------------|------|-----------------|
| EMPRESA | Solicitante | <i>Prefeitura de Pinheiros</i> | Data | <i>03/10/13</i> |
| Origem: | <i>Parque das Lichade</i> | 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 <i>130 879</i> | km | km | km |
| <i>130 870</i> | Hora Chegada <i>19:55</i> | Hora Chegada | Hora Chegada | <i>130 879</i> |
| Hora | Hora Saída <i>23:55</i> | Hora Saída | Hora Saída | Hora |
| | Visto Origem <i>17:40</i> | Vista Destino | Vista Destino | <i>00:10</i> |

| | | | | | |
|-------------|---------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Neurológica | <input type="checkbox"/> Lúcido | <input type="checkbox"/> Orientado | <input type="checkbox"/> Conciente | <input type="checkbox"/> Desorientado | <input type="checkbox"/> Inconsciente |
|-------------|---------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|

| | | | | | | |
|---------|-------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| Pupilas | <input type="checkbox"/> Isocôricas | <input type="checkbox"/> Anisocôrica | <input type="checkbox"/> Midriátrica | <input type="checkbox"/> Miotica | <input type="checkbox"/> D ou E | <input type="checkbox"/> É Maior |
|---------|-------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|

| | | | | | | | |
|--------------|-----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|--|-------------------------------|-----------------------------------|
| Respiratória | <input type="checkbox"/> Eupnéico | <input type="checkbox"/> Taquicardia | <input type="checkbox"/> Braquicardia | <input type="checkbox"/> Apnéia | <input type="checkbox"/> Cheyne Stokes | <input type="checkbox"/> Biot | <input type="checkbox"/> Kussmaul |
|--------------|-----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|--|-------------------------------|-----------------------------------|

| | | | | | | | |
|--------------|---|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| Circulatório | <input type="checkbox"/> Pulso normocadiaco | <input type="checkbox"/> Ritímico | <input type="checkbox"/> Arritmico | <input type="checkbox"/> Dicrotico | <input type="checkbox"/> Taquisfmgia | <input type="checkbox"/> Brasisfmgia | <input type="checkbox"/> Filiforme |
|--------------|---|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|

| | | | | | | |
|---------|--------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| Abdomem | <input type="checkbox"/> Plano | <input type="checkbox"/> Globoso | <input type="checkbox"/> Protuberante | <input type="checkbox"/> Escavado | <input type="checkbox"/> Flácido | <input type="checkbox"/> Em Avental |
|---------|--------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|

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

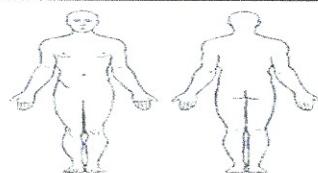
Sinais Vitais

| HORA | PA | FC | FR | GLASGOW | TEMP | Sat O2 | Hgt |
|------|----|----|----|---------|------|--------|-----|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| Abertura ocular | Resposta Verbal | Resposta Motora |
|---------------------------------------|---|---|
| <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

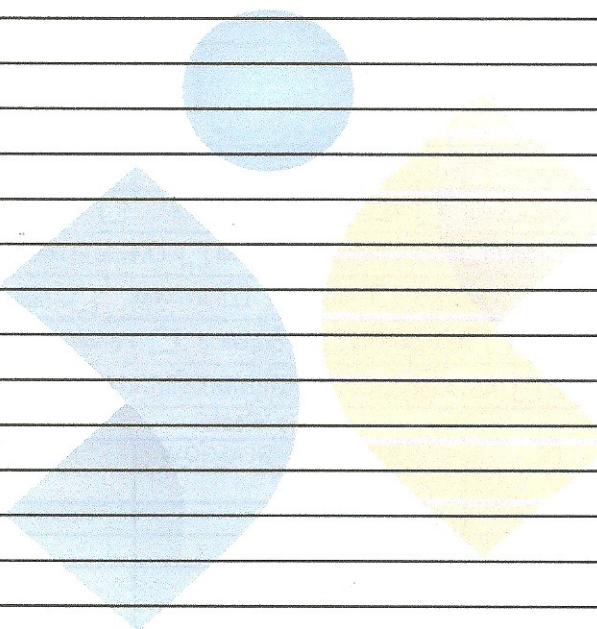
Declaro que fui orientado pela equipe da ambulância e médicos verbalmente sobre o quadro clínico do paciente.

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 | assinatura |
| RG/CPF | |

Observações Médicas / Enfermeiros



Materiais Utilizados

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

Médico Responsável

Data

Enfermagem Responsável

Luziana

Data 01/07/23

Condutor Socorrista

Fábio

Data

09/07/23