



Ficha de Acompanhamento

OS

- 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
 GTT TOT / TQM US RMN T. C. HIPER. Outros

EMPRESA

Ronaldo.

Solicitante

Data 08.09.22

Origem:

TAUBATÉ

X

X

Nome: Jogo Futebol Feminino

Idade

Contato: I

Sexo

 Masculino Feminino

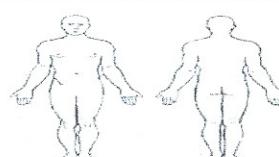
SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km 127 489	km 127 867	km	km 1
127831	Hora Chegada 13:00	Hora Chegada 12:50	Hora Chegada	
Hora	Hora Saída 17:30	Hora Saída	Hora Saída	Hora
	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	

Neurologica Lucido Comunicativo Orientado Conciente Desorientado Inciente ConfusoPupilas Pupilas Isocóricas Pupilas Anisocóricas Foto Reagente Foto Não Reagente D ou E É MaiorRespiratória Taquicardia Braquicardia Positiva NegativaCirculatório Pulso Sem Pulso Pulso Forte FiliformeAbdomem Plano Globoso Rígido FlácidoMembros Superior Alterados Não Alterados Membros Superior Alterados 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"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1		<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"/> Localiza Dor 5 <input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4 <input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3 <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																																																		
QUEIMADURAS		<table border="1"> <tr> <th></th> <th>Cab</th> <th>Pesc</th> <th>T Ant</th> <th>Tpos</th> <th>Perín</th> <th>Msd</th> <th>Mse</th> <th>Mid</th> <th>Mie</th> </tr> <tr> <td>I</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>II</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>III</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>												Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie	I										II										III									
	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie																																											
I																																																				
II																																																				
III																																																				
																																																				

Concetimento 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

54

Material 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

Gleyson Miguel
Enfermeiro
COREN-SP 346.805

Enfermagem Responsável

Heverton R. Ribeiro
Enfermeiro / Urgência / Emergência
COREN-SP 441208

Data

Condutor Socorrista

Data

18/08/2022