

Ficha de Acompanhamento

<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 type="checkbox"/> EXAMES	<input checked="" type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR	<input checked="" type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> SIV - INT			

Tipos de Exames CATE TOMO RX CPRS PET SCAM
 GTT TQT/TQM US RMN T. C. HIPER. Outros

EMPRESA *P. São de Jacareí* Solicitante *Marciana* Data *06/10/23*

Origem: *Hospital Vila Leite x P. Jacareí*

Nome: *David Fernandes* Idade *39* Contato:

Sexo Masculino

Feminino

SUS / CONVENIO *med service* Nº CARTEIRINHA *951001315259967901*

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <i>141448</i>	km <i>141480</i>	km <i>141521</i>	km
<i>141382</i>	Hora Chegada <i>02:10</i>	Hora Chegada <i>03:05</i>	Hora Chegada <i>04:00</i>	
01 Hora <i>20</i>	Hora Saída <i>02:31</i>	Hora Saída <i>03:25</i>	Hora Saída	Hora
Vista Origem <i>João Theotonio dos Santos Castro</i> <i>Caren 51-759690-ENF</i>	Vista Destino	Vista Destino	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

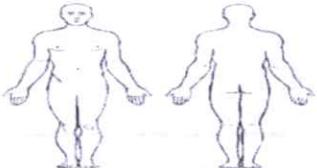
Membros Superior Alterados Não Alterados Membros Inferiores Alterados Não Alterados

Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
<i>02:30</i>		<i>70</i>				<i>96.1</i>	

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 checked="" type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Palavras Incompreêncivas 2	<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3
	<input checked="" type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2
		<input checked="" type="checkbox"/> Nenhuma

TRAUMA	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
	Escoriação									
	Cont									
	Ferim									
	Luxa									
	Frat									
	Lace									
	Secç									

QUEIMADURAS	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.

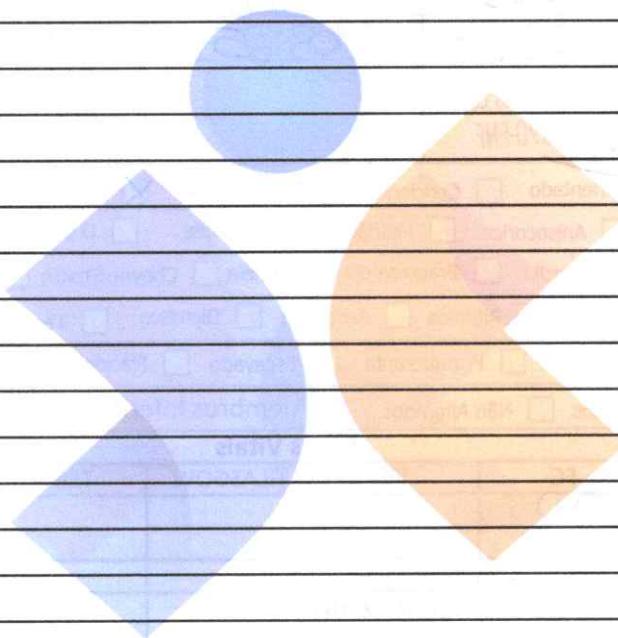
Estou ciente das intervenções necessárias da equipe médica para a segurança do transporte, e dos eventuais riscos que envolvam a viagem que será realizada

Nome <i>Berenice Santos</i>	assinatura <i>Aleks</i>
RG/CPF <i>151916886</i>	

Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente acamado em uso de TTI em CPAP
pessoal acompanhado da esposa Carol e
filha Andressa, recebe alta do hospital Vila
transportado à sua residência sem intercorr
enções.

correto



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

Condutor Socorrista

Data