

Ficha de Acompanhamento

os 761

| | | | | | | | |
|---------------------------------|--|--|----------------------------------|-----------------------------------|---|-------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> BÁSICA | <input checked="" 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"/> 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 | <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO | <input type="checkbox"/> SIV - INT | 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 | P. M. GUARATINGUETÁ | Solicitante | Data |
|---------|---------------------|-------------|------|

| | | | |
|---------|-----------|---|---|
| Origem: | EST. DAPO | x | x |
|---------|-----------|---|---|

| | | | |
|-------|----------------|-------|----------|
| Nome: | COPA SÃO PAULO | Idade | Contato: |
|-------|----------------|-------|----------|

Sexo Masculino Feminino

| | | |
|----------------|----|----------------|
| SUS / CONVENIO | pp | Nº CARTEIRINHA |
|----------------|----|----------------|

| Saída Base | Origem | Destino | Destino | Chegada Base |
|----------------|--------------------|---------------|---------------|--------------|
| km | km 144533 | km | km | km |
| 144496 | Hora Chegada 13:15 | Hora Chegada | Hora Chegada | 144570 |
| Hora | Hora Saída 17:31 | Hora Saída | Hora Saída | Hora |
| 11:45 12:25 | Visto Origem | Vista Destino | Vista Destino | 18:10 |

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado Inconsciente

Pupilas Isocóricas 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

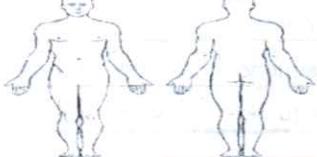
Abdomem Plano Globoso Protuberante Escavado Flácido Em Avental

Membros Superior Alterados Não Alterados Membros Inferiores Alterados Não Alterados

Sinais Vitais

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

| TRAUMA | Descrição | Resposta Verbal | | | | | | | | Resposta Motora | | | | | | | | |
|--------|------------|-----------------|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------------|-----------------|--------------|------------------------|----------------|------------------|---------|--|--|
| | | Crâ | Face | Col | Tór | Bac | Msd | Mse | Mid | Mie | Obdece comandos | Localiza Dor | Movimentos de retardia | Flexão Anormal | Extensão Anormal | Nenhuma | | |
| | Escoriação | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Cont | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Ferim | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Luxa | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Frat | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Lace | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 pela equipe da ambulancia 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 | |

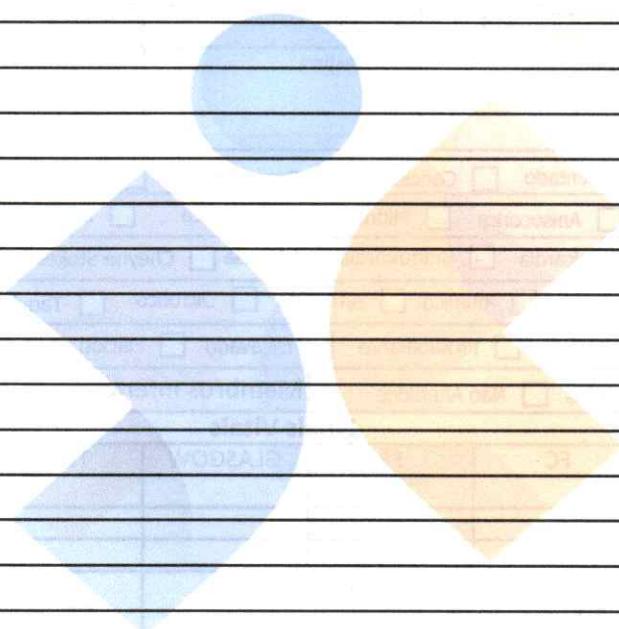
Observações Médicas / Enfermeiros

Médico AMB.

D. Hodara Soares
Médica
CRM-SP 236615

Médico Campo.

Dr. Ranieli Toledo
Médico
CRM-SP 209886



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

Dr. Ranieli Toledo
CRM-SP 209886

Data: 04/01/23

Enfermagem Responsável

Hodara Soares

Data: / /

Condutor Socorrista

Jamaine

Data: 04/01/2024

Dr. Ranieli Toledo
CRM-SP 209886

Hodara Soares
Médica
CRM-SP 236615

DENIS.

Jamaine.