

**REALVIDAS**
REMOÇÕES E EMERGÊNCIAS 24h

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 ☐ TQT/TQM ☐ US ☐ RMN ☐ T. C. HIPER. Outros **PET CT**

EMPRESA Hospital 10 julho **Solicitante** Gabriela **Data** 4/10/22

Origem: Hospital 10 julho x Clínica Plani SJC x Hospital 10 Julho

Nome: Maria Augusta Oliveira Melo **Idade** **Contato:**

Sexo ☐ Masculino ☒ Feminino

SUS / CONVENIO Unimed **Nº CARTEIRINHA** 00572001990000019

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
128.904	128.936	128.997	129053	129083
Hora	Hora Chegada	Hora Chegada	Hora Chegada	Hora
	11:00	12:00	18:40	
	Hora Saída	Hora Saída	Hora Saída	
	11:21	18:00	18:55	
	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	
10:00				19:30

Neurologica ☒ Lucido ☐ Comunicativo ☐ Orientado ☐ Conciente ☐ Desorientado ☐ Inciente ☐ Confuso

Pupilas ☐ Pupilas Isocóricas ☐ Pupilas Anisocóricas ☐ Foto Reagente ☐ Foto Não Reagente ☐ 'D ou E ☐ É Maior

Respiratória ☐ Taquicardia ☐ Braquicardia ☐ Positiva ☐ Negativa

Circulatório ☐ Pulso ☐ Sem Pulso ☒ Pulso Forte ☐ Filiforme

Abdomem ☐ Plano ☐ Globoso ☐ Rígido ☐ Flácido

Membros Superior ☐ Alterados ☐ Não Alterados **Membros Superior** ☐ Alterados ☐ Não Alterados

Sinais Vitais

	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
HORA	10/06	93	19		36.7	97'	160

Abertura ocular

- ☒ Espontânea 4
☐ voz 3
☐ A dor 2
☐ Nenhuma 1

Resposta Verbal

- ☒ Orientada 5
☐ Confusa 4
☐ Palavras Impróprias 3
☐ Palavras Incompreensões 2
☐ Nenhuma 1

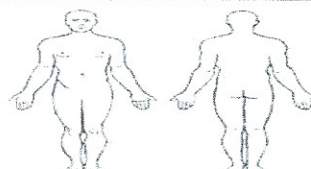
Resposta Motora

- ☒ Obedece comandos 6
☐ Localiza Dor 5
☐ Movimentos de retardia 4
☐ Flexão Anormal 3
☐ Extensão Anormal 2
☐ Nenhuma

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

QUEIMADURAS

	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perin	Msd	Mse	Mid	Mie
I									
II									
III									



Consentimento 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

RG/CPF

assinatura

Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente consciente, orientada comunicativa mantendo curso venoso periférico em membro superior esquerdo, apresenta ferida na região sacra com curativo oclusivo, fazendo uso de fraldas, com diurese presente, manteve sinais vitais estáveis durante todo o percurso de ida e volta, sem nenhuma intercorrência

Materiais 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 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	

Médico Responsável

Data

09/10/22

Enfermagem Responsável

Luago S. Lopes

Data

09/10/22

Condutor Socorrista

Abigail

Data

09/10/22

10:20

19:20

10:40

19:20