

Ficha de Acompanhamento

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 PET SCAM Outros
 GTT TQT/TQM US RMN T. C. HIPER.

EMPRESA H. U. CACAPAVA Solicitante RocPca Data 15.11.23

Origem: X Contato:

Nome: Kenyra Victoria dos Santos Moraes Idade 15 Contato:

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO UNIMED CACAPAVA Nº CARTEIRINHA 97 00019402193389

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>31219.</u>	km <u>31340</u>	km <u>31558</u>	km
<u>31160</u>	Hora Chegada <u>00:45.</u>	Hora Chegada <u>03:00</u>	Hora Chegada <u>06:22</u>	
Hora	Hora Saída <u>00:57</u>	Hora Saída <u>04:10</u>	Hora Saída	Hora
<u>23.50</u>	Visto Origem <u>Marina Silva Ferreira</u> <u>Enfermeira</u> <u>COREN-SP 707850</u>	Vista Destino <u>CORHEN-SP 57474-AE/6</u> <u>Verifica Ambulância</u> <u>Verifica Ambulância</u>	Vista Destino	

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado Inconsciente

Pupilas Isocôricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnético Taquicardia Braquicardia Apnéia Cheyne Stokes Biot Kussmaul

Circulatório Pulso normocadiaco Ritítmico Arritmico Dicrotico Taquisfmgia Brasisfmgia Filiforme

Abdomeem 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

Abertura ocular

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

Resposta Verbal

- Orientada 5
- Confusa 4
- Palavras Improórias 3
- Palavras Incomprêencivas 2
- Nenhuma 1

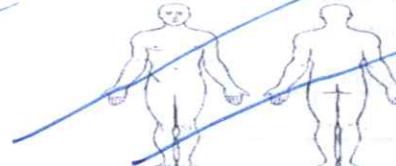
Resposta Motora

- Obdece comandos 6
- Localiza Dor 5
- Movimentos de retardia 4
- Flexão Anormal 3
- Extensão Anormal 2
- 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 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

Paciente admitido do hospital Unimed, Transferido para clínico maya
em ambas das artes. Sem intercorrências.

Lauany Antunes Gonçalves
Técnica de Enfermagem
COREN-SP 001.806.996

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

[Assinatura]

Data _____ / _____ / _____

Condutor Socorrista

Data _____ / _____ / _____