

Ficha de Acompanhamento

BÁSICA UTI ADULTO UTI INFANTIL UTI NEO UTI ÁREA EVENTOS PARTICULAR
 EXAMES TRASFERÊNCIA HOSPITALAR ALTA HOSPITALAR INTERNAÇÃO SIV - INT

APH

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

EMPRESA Governo CEMT Solicitante Ricardo Marcondes Data 27/01/13
 Origem: P.P.INDA x H.1051HO x

Nome: DALVA COELHO SILVA Idade _____ Contato: _____
 Sexo Masculino Feminino
 SUS / CONVENIO SAÚDE CAIXA - Nº CARTEIRINHA 010243725000.

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>133687</u>	km <u>133711</u>	km	km
<u>133680</u>	Hora Chegada <u>22:58</u>	Hora Chegada <u>23:30</u>	Hora Chegada	
Hora	Hora Saida <u>23:29</u>	Hora Saida <u>23:47</u>	Hora Saida	Hora
	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	
	<u>22:40</u>			

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado Inconsciente

Pupilas Isocôricas Anisocoria Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnélico Taquicardia Braquicardia Apnéia Cheyne Stokes Biot Kussmaul

Circulatório Pulso normocadiaco Ritímico Arritmico Dicrotico Taquisfmgmia Brasifgmia 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
				<u>12</u>		<u>95</u>	

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 type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Palavras Incomprêencivas 2	<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3
	<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<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									
	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.

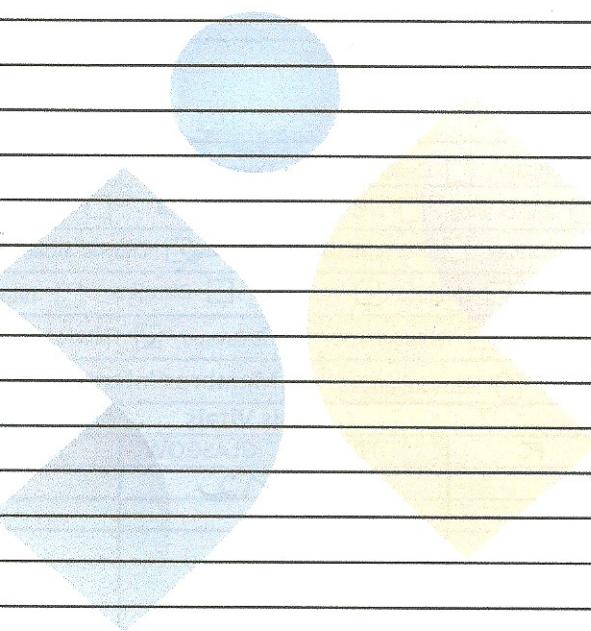
Estou ciente e orientado do quadro clínico do paciente para transporte e dos riscos envolvidos no transporte, podendo o paciente apresentar quadro clínico de instabilidade durante o percurso.

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 <u>MAYADA MOACÍS</u>	assinatura <u>MAYADA</u>
RG/CPF <u>48.911.746.0</u>	

Observações Médicas / Enfermeiros

Problema paciente em leito em casa, vizinhança refere que a paciente
ainda sentiu dor de estômago, acorda não responde com resposta de
menino, encaminhado para o hospital 10 km farto, perdeu a
ambulância, com auxílio da origem SLM entre os ricos do hospital
os círculos do respiro — Juf 800721



Materiais Utilizados

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 checked="" 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	40 BAR.

Médico Responsável

Data _____

Enfermagem Responsável

Data _____

Condutor Socorrista

Data _____