

Ficha de Acompanhamento

OS

<input type="checkbox"/> BÁSICA	<input 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"/> 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	Otros
	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT/TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.	

EMPRESA	PINDA FUTEBOL CLUBE	Solicitante	<i>Jagunze Taubaté</i>	Data	13/04/2024
---------	---------------------	-------------	------------------------	------	------------

Origem:	Sub 15/17	X	X
---------	-----------	---	---

Nome:	cameron	Idade	Contato:
-------	---------	-------	----------

Sexo	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino
------	---	-----------------------------------

SUS / CONVENIO	Nº CARTEIRINHA
----------------	----------------

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km 39818	km 39841	km	km
39794	Hora Chegada 7:40	Hora Chegada	Hora Chegada	39841
Hora	Hora Saída 13:10	Hora Saída	Hora Saída	Hora
	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	13:55
7:00				

Neurológica	<input type="checkbox"/> Lúcido	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Conciente	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Inconsciente
-------------	---------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Pupilas	<input type="checkbox"/> Isocóricas	<input type="checkbox"/> Anisocorica	<input type="checkbox"/> Midriátrica	<input type="checkbox"/> Miotica	<input type="checkbox"/> D ou E	<input type="checkbox"/> É Maior
---------	-------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

Respiratória	<input type="checkbox"/> Eupnéico	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Braquicardia	<input type="checkbox"/> Apnéia	<input type="checkbox"/> Cheyne Stokes	<input type="checkbox"/> Biot	<input type="checkbox"/> Kussmaul
--------------	-----------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------	--	-------------------------------	-----------------------------------

Circulatório	<input type="checkbox"/> Pulso normocadiaco	<input type="checkbox"/> Ritimico	<input type="checkbox"/> Arritmico	<input type="checkbox"/> Dicrotico	<input type="checkbox"/> Taquisfmgia	<input type="checkbox"/> Brasisfgmia	<input type="checkbox"/> Filiforme
--------------	---	-----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------

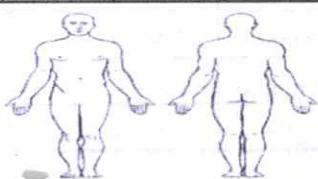
Abdomem	<input type="checkbox"/> Plano	<input type="checkbox"/> Globoso	<input type="checkbox"/> Protuberante	<input type="checkbox"/> Escavado	<input type="checkbox"/> Flácido	<input type="checkbox"/> Em Avental
---------	--------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------

Membros Superior	<input type="checkbox"/> Alterados	<input type="checkbox"/> Não Alterados	Membros Inferiores	<input type="checkbox"/> Alterados	<input type="checkbox"/> Não Alterados
------------------	------------------------------------	--	--------------------	------------------------------------	--

Sinais Vitais							
HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

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 Improrias 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	
	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										

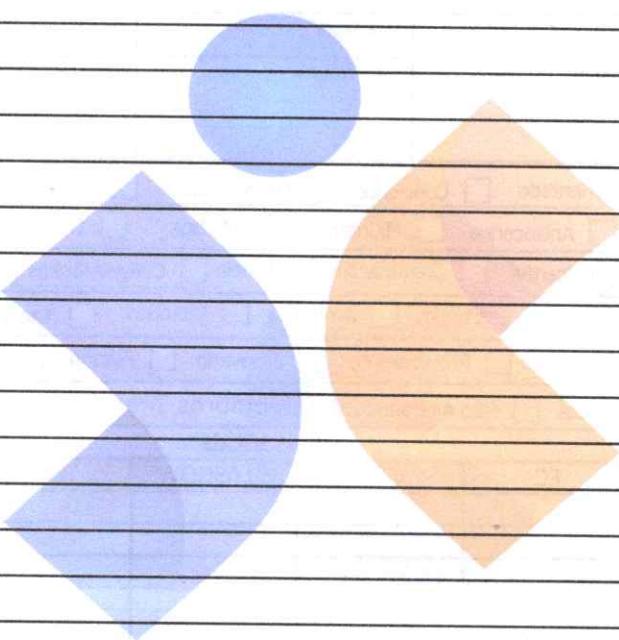
Nome	assinatura
RG/CPF	

Observações Médicas / Enfermeiros

Sair da bar as 07:00 , evento realizado sem interrupções, voltou
a bar as 03:55 sem interrupções

Enf. Ramo.

0000673640



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

Matheus

Data 13 / 04 / 24

Enfermagem Responsável

Dr. Caroline Mendes

Bianca Ap. Ramos.

Data 13 / 04 / 24

Condutor Socorrista

José Cezarito

Data 13 / 04 / 24