

Ficha de Acompanhamento

OS

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

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

EMPRESA Roland. Solicitante Roland. Data 23-10-22
 Origem: Pinda x Gustavo Evento x Pinda.

Nome: _____ Idade _____ Contato: _____

Sexo Masculino Feminino

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>125539</u>	km <u>125576</u>	km	km
<u>125496</u>	Hora Chegada <u>12:40</u>	Hora Chegada <u>18:40</u>	Hora Chegada	
Hora	Hora Saida <u>16:40</u>	Hora Saida	Hora Saida	Hora
<u>11:40</u>	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	

Neurologica Lucido Comunicativo Orientado Conciente Desorientado Incociente Confuso

Pupilas Pupilas Isocóricas Pupilas Anisicóricas Foto Reagente Foto Não Reagente ID 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

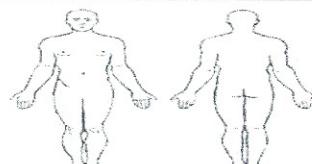
Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input type="checkbox"/> Espontânea 4 <input type="checkbox"/> voz 3 <input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1 ii	<input type="checkbox"/> Orientada 5 <input type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Palavras Improprias 3 <input type="checkbox"/> Palavras Incompreensias 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Obdece comandos 6 <input type="checkbox"/> Localiza Dor 5 <input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4 <input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3 <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	QUEIMADURAS									
	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	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 _____	assinatura _____
RG/CPF _____	

Observações Médicas / Enfermeiros

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

Médico Responsável

Data _____

Enfermagem Responsável

Claudemir da Silva
Téc. de Enfermagem
COREN-SP 460.605

Data 23/10/06

Condutor Socorrista

Abraian
Data 23/10/06

11:90