



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 ☐ INTERNACÃO ☐ SIV - INT

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

EMPRESA MED. SALVA **Solicitante** Igor **Data** 18.10.22

Origem: X **X**

Nome: MARIA RAZ DOS SANTOS **Idade** 62 **Contato:** _____

Sexo ☐ Masculino ☒ Feminino

SUS / CONVENIO SUL AMERICA **Nº CARTEIRINHA** 8888811377840022

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
<u>125.454</u>	<u>125.455</u>	<u>125.458</u>	<u>125463</u>	
	Hora Chegada <u>07:00</u>	Hora Chegada <u>07:20</u>	Hora Chegada <u>09:15</u>	
Hora	Hora Saída <u>08:10</u>	Hora Saída <u>08:57</u>	Hora Saída <u>09:25</u>	Hora
<u>06:50</u>	Visto Origem <u>Andreza F.S. Lobo</u> Enfermeira COREN-SP: 363169	Visto Destino <u>Fabiano Gustavo de O. Casimiro</u> Enfermeiro COREN-SP: 710024	Visto Destino <u>Andreza F.S. Lobo</u> Enfermeira COREN-SP: 363169	

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

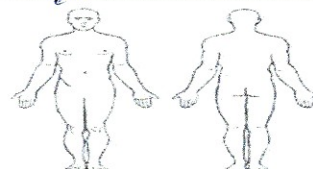
Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
<u>07:00</u>	<u>120x80</u>	<u>80</u>	<u>20</u>	<u>15</u>	<u>35.8</u>	<u>98.1</u>	

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4 <input type="checkbox"/> voz 3 <input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5 <input type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Palavras Impróprias 3 <input type="checkbox"/> Palavras Incompreensões 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Obedece 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									
	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 Lincoln dos Santos **assinatura** Lincoln dos Santos
RG/CPF 32129 3199

Observações Médicas / Enfermeiros

07:00 Transferido cliente MARIA PAT DO SANTOS, PROCEDENTE HOSPITAL 10 JULHO em ambulância simples em boa consciência, ATENDIDA, ADEQUADA, ADEQUADA em RA. —
 MANTENDO AVE em Dorso MÃO (E) SALINIZADO.
 SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM P/ REALIZAÇÃO DE RESSONÂNCIA (COLANGIO) C. PLANO
 RETORNOU P/ HOSPITAL 10 JULHO, APÓS
 PROCEDEMENTO COLANGIO RESSONÂNCIA
 CONSCIENTE, ORIENTADA, ADEQUADA, ADEQUADA em
 S.A., ACOMPANHADO P/ FILHO LIMPANDO
 + MOTOCICLISTA + EQUIPE ENFERMAGEM. — CHAMADO
 OBS - CLÍNICA PLANO —

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

Enfermagem Responsável

Data

Conductor Socorrista

Data