

Ficha de Acompanhamento

OS

- 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
 GTT TQT / TQM US RMN T. C. HIPER. Outros

EMPRESA MEDSAVIA Solicitante Igor C. Data 07.10.22

Origem: UPA3 GUARU X INIMED GUARU X

Nome: TENORIO VIEIRA DE JESUS Idade 88 Contato:

Sexo Masculino

Feminino

SUS / CONVENIO UNIMED NASC. Nº CARTEIRINHA 09700032000797713

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>129372</u>	km <u>129374</u>	km <u>129413</u>	km
<u>129326.</u>	Hora Chegada <u>21:15</u>	Hora Chegada <u>21:25</u>	Hora Chegada <u>22:30</u>	
Hora	Hora Saída <u>21:17</u>	Hora Saída <u>21:35</u>	Hora Saída	Hora
	Visto Origem <i>anônimo</i>	Vista Destino <i>Bf. Resende</i>	Vista Destino	
<u>20/10</u>				

Neurologica Lucido Comunicativo Orientado Conciente Desorientado Inciente Confuso

Pupilas Pupilas Isocôricas Pupilas Anisocôricas 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

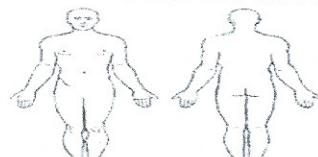
Membros Superior Alterados Não Alterados Membros Superior Alterados Não Alterados

Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
	<u>150/80</u>	<u>90</u>	<u>20</u>	<u>15</u>	<u>34,6</u>	<u>97%</u>	

Abertura ocular	Resposta Verbal					Resposta Motora				
	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4	<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5	<input type="checkbox"/> Confusa 4	<input type="checkbox"/> Palavras Improprias 3	<input type="checkbox"/> Palavras Incompreensões 2	<input checked="" 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"/> voz 3										
<input type="checkbox"/> A dor 2										
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1										

TRAUMA	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
	Escoriação									
Cont										
Ferim										
Luxa										
Frat										
Lace										
Secç										

TRAUMA	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: JUANIZ BAPTISTA GOMES JUNIOR
 RG/CPF 16.558.064-7

assinatura 

Observações Médicas / Enfermeiros

REGISTRO DE TRANSPORTE DE UTI, PARA O
HOSPITAL DA UNIMES, UNHOA - GUARAGUARA, SEM INSTRUÇÕES
ESPECIAIS DE TRANSPORTE.

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

Erika dos Santos Fonseca
COREN - SP 691032
Enfermeira

Data 07/10/2017

Condutor Socorrista

Data _____/_____/_____