

## Ficha de Acompanhamento

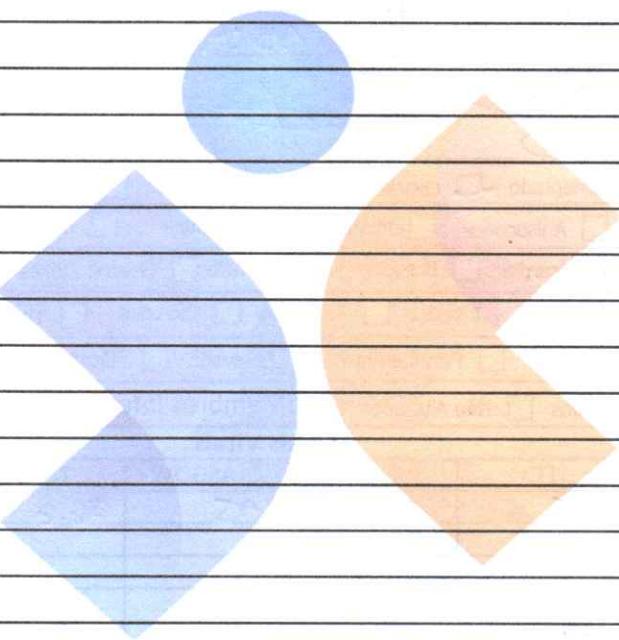
OS

<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA	<input type="checkbox"/> UTI ADULTO	<input type="checkbox"/> UTI INFANTIL	<input type="checkbox"/> UTI NEO	<input type="checkbox"/> UTI ÁREA	<input type="checkbox"/> EVENTOS	<input type="checkbox"/> PARTICULAR	<input type="checkbox"/> APH			
<input type="checkbox"/> EXAMES	<input type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR			<input checked="" type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT				
Tipos de Exames				Outros						
<input type="checkbox"/> CATE <input type="checkbox"/> TOMO <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> CPRS <input type="checkbox"/> PET SCAM				<input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> TQT/TQM <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> RMN <input type="checkbox"/> T.C. HIPER.						
EMPRESA <u>Franco Sane</u> Solicitante <u>MINIO MENEDES</u> Data <u>27/05/24</u>										
Origem: H. Turmeiro Boavista x Residencia										
Nome: <u>Edith Rodrigues da Palma</u> Idade <u>93</u> Contato:										
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino										
SUS / CONVENIO										
Saída Base		Origem	Destino	Destino	Chegada Base					
km	km	<u>153208</u>	<u>153210</u>	<u>153209</u>	km					
<u>153158</u>	Hora Chegada	<u>14:45</u>	Hora Chegada	<u>15:20</u>	Hora Chegada	<u>16:40</u>				
Hora	Hora Saída	<u>15:07</u>	Hora Saída	<u>15:48</u>	Hora Saída	Hora				
Visto Origem		<u>Vila das Flores</u>	Vista Destino	Vista Destino						
										
Neurológica <input checked="" type="checkbox"/> Lúcido <input checked="" 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"/> Eupnáico <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"/> Ritímico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Dicrotico <input type="checkbox"/> Taquisfmgia <input type="checkbox"/> Brasisfmgia <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				Membros Inferiores						
<input type="checkbox"/> Alterados <input type="checkbox"/> Não Alterados				<input type="checkbox"/> Alterados <input type="checkbox"/> Não Alterados						
Sinais Vitais										
HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt			
<u>15:00</u>	<u>110x60</u>	<u>65</u>	<u>19</u>	<u>15</u>	<u>36.6</u>	<u>97.0</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 type="checkbox"/> Orientada 5 <input type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3 <input type="checkbox"/> Palavras Incomprêencivas 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1				<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"/> 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>Gina m.d. Deyto</u> assinatura <u>Deyto</u>										
RG/CPF <u>253385438-77</u>										

## Observações Médicas / Enfermeiros

Réalizada alta hospitalar de H. da Unimed da Serra para residência, encontra-se ope dia grande paciente acamado com ventilação ventilatória, posicionada em elevada com grades elevadas e cinto de segurança, na ambulância instalado O<sub>2</sub>, 3rl/H, realizado transporte, sem intercorrência.

TE Luciana de Carvalho  
CORE/SP 809729



## 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

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Enfermagem Responsável

TE Luciana de Carvalho  
CORE/SP 809729

Data 27/05/24

Condutor Socorrista

Luis Fernando  
Data 27/05/24