

Ficha de Acompanhamento

OS 764

| | | | | | | | |
|---------------------------------|--|--|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> BÁSICA | <input checked="" 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 type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR | <input type="checkbox"/> RX | <input type="checkbox"/> CPRS | <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 | Outros |
| | <input type="checkbox"/> GTT | <input type="checkbox"/> TQT / TQM | <input type="checkbox"/> US | <input type="checkbox"/> RMN | <input type="checkbox"/> T. C. HIPER. | |

EMPRESA PARTICULAR Solicitante ZENAIDE Data 05.01.24

Origem: HOSP. CEPOGE x UPA GUARU x

Nome: Geraldo Soárez Idade 82 Contato:

Sexo Masculino

Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

| Saída Base | Origem | Destino | Destino | Chegada Base |
|--------------|---------------------------|---------------------------|---------------|--------------|
| km | km <u>31840</u> | km <u>31847</u> | km | km |
| <u>31806</u> | Hora Chegada <u>21:15</u> | Hora Chegada <u>21:30</u> | Hora Chegada | <u>31887</u> |
| Hora | Hora Saída <u>21:23</u> | Hora Saída <u>21:42</u> | Hora Saída | Hora |
| <u>20:27</u> | Visto Origem | Vista Destino | Vista Destino | <u>22:30</u> |

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado Inconsciente

Pupilas Isocôricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnéico Taquicardia Braquicardia Apnéia Cheyne Stokes Biot Kussmaul

Circulatório Pulso normocadiaco Ritimico Arritmico Dicrotico Taquisfmgia Brasisfmgia Filiforme

Abdomem Plano Globoso Protuberante Escavado Flácido Em Avental

Membros Superior Alterados Não Alterados Membros Inferiores Alterados Não Alterados

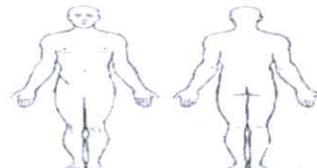
Sinais Vitais

| HORA | PA | FC | FR | GLASGOW | TEMP | Sat O2. | Hgt |
|------|----|----|----|---------|------|---------|-----|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| Abertura ocular | Resposta Verbal | Resposta Motora |
|---------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Espontânea 4 | <input type="checkbox"/> 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 Improórias 3 | <input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4 |
| <input type="checkbox"/> Nenhuma 1 | <input type="checkbox"/> Palavras Incompréencivas 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 | 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 ambulância e médicos verbalmente sobre o quadro clínico do paciente.

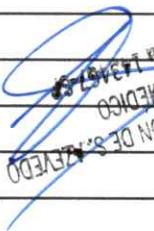
Estou ciente e orientado do quadro clínico do paciente para transporte e dos riscos envolvidos no transporte, podendo o paciente apresentar quadro clínico de instabilidade durante o percurso.

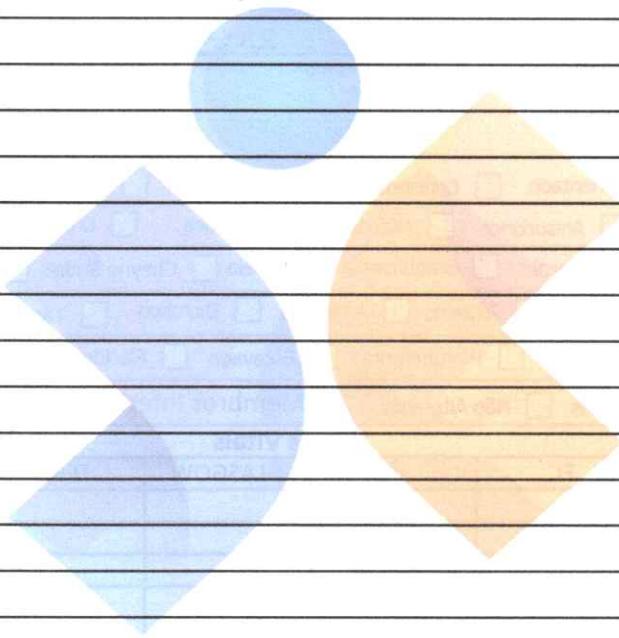
Estou ciente das intervenções necessárias da equipe médica para a segurança do transporte, e dos eventuais riscos que envolvam a viagem que será realizada

| | |
|--------|------------|
| Nome | assinatura |
| RG/CPF | |

Observações Médicas / Enfermeiros

Pacientes em bom estado geral, nenhuma san intercorrência


DR. M. ANDERSON DE S. AZEVEDO
CRM-SP 143467-SP
MEDICO



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 | |

DR. M. ANDERSON DE S. AZEVEDO

| | |
|--------------------|------------------|
| Médico Responsável | CRM-SP 143467-SP |
| Data | / / |

Enfermagem Responsável

| | |
|------|-------|
| Alma | 50261 |
| Data | / / |

Condutor Socorrista

| | |
|------|----------|
| Alma | 50261 |
| Data | 05/01/24 |