

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 checked="" 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"/> 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		
	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT /TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.	Outros	

EMPRESA <u>P. PINOS</u>	Solicitante <u>ANDRÉIA</u>	Data <u>18/11/25</u>
-------------------------	----------------------------	----------------------

Origem: <u>CAMPO FERROU</u>	x	x
-----------------------------	---	---

Nome: <u>Futebol SUB 60</u>	Idade	Contato:
-----------------------------	-------	----------

Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino
--	-----------------------------------

SUS / CONVENIO	pp	Nº CARTEIRINHA
----------------	----	----------------

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>143477</u>	km <u>143479</u>	km	km
<u>143476</u>	Hora Chegada <u>08:00</u>	Hora Chegada <u>10:15</u>	Hora Chegada	
Hora	Hora Saída <u>11:00</u>	Hora Saída	Hora Saída	Hora
<u>07:50</u>	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	

Neurológica	<input type="checkbox"/> Lúcido	<input 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"/> Eupnéico	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Bradiacardia	<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"/> Brasismgia	<input type="checkbox"/> Filiforme
--------------	---	-----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------

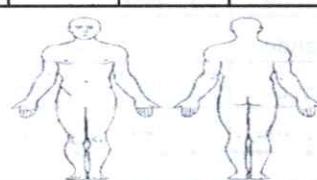
Abdomem	<input type="checkbox"/> Plano	<input type="checkbox"/> Globoso	<input type="checkbox"/> Protuberante	<input type="checkbox"/> Escavado	<input type="checkbox"/> Flácido	<input type="checkbox"/> Em Avental
---------	--------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------

Membros Superior	<input type="checkbox"/> Alterados	<input type="checkbox"/> Não Alterados	Membros Inferiores	<input type="checkbox"/> Alterados	<input type="checkbox"/> Não Alterados
------------------	------------------------------------	--	--------------------	------------------------------------	--

Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

TRAUMA	Descrição	Resposta Verbal					Resposta Motora				
		<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 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
	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 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

Sem Infecções

Materiais Utilizados

RECEAL 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 - 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 Tlc. de Enfermagem COMEN 4444-468.605
Data 19/11/23

Condutor Socorrista <i>[Handwritten signature]</i>
Data _____