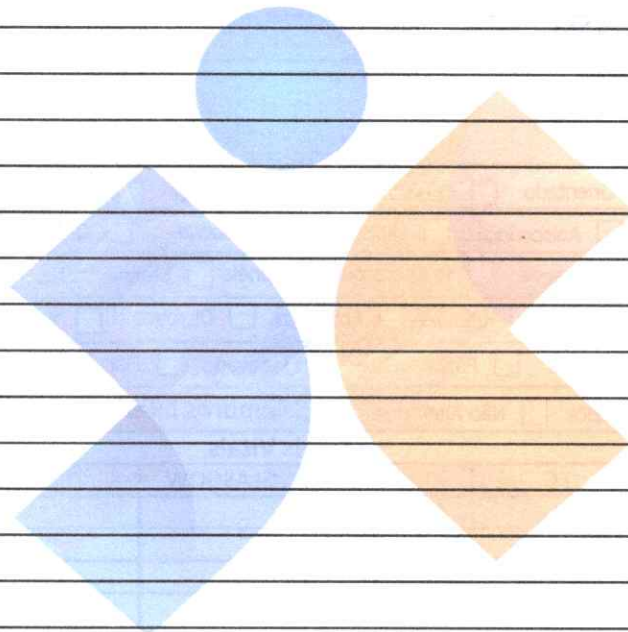


Ficha de Acompanhamento										OS																																																																																		
										VTR																																																																																		
<input type="checkbox"/> BÁSICA <input type="checkbox"/> UTI ADULTO <input type="checkbox"/> 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 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>Indústria de Borracha</u> Solicitante <u>João Roberto</u> Data _____																																																																																												
Origem: _____ x _____ x _____																																																																																												
Nome: _____ Idade _____ Contato: _____																																																																																												
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino																																																																																												
SUS / CONVENIO _____ Nº CARTEIRINHA _____																																																																																												
<table><tr><td>Saída Base</td><td>Origem</td><td>Destino</td><td>Destino</td><td>Chegada Base</td></tr><tr><td>km</td><td>km</td><td>km</td><td>km</td><td>km</td></tr><tr><td><u>134681</u></td><td><u>134685</u></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Hora</td><td>Hora Chegada</td><td>Hora Chegada</td><td>Hora Chegada</td><td><u>1346 89</u></td></tr><tr><td></td><td><u>07:48</u></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td>Hora Saída</td><td>Hora Saída</td><td>Hora Saída</td><td>Hora</td></tr><tr><td></td><td><u>14:42</u></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td><u>07:34</u></td><td>Visto Origem</td><td>Vista Destino</td><td>Vista Destino</td><td><u>1500</u></td></tr></table>												Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base	km	km	km	km	km	<u>134681</u>	<u>134685</u>				Hora	Hora Chegada	Hora Chegada	Hora Chegada	<u>1346 89</u>		<u>07:48</u>					Hora Saída	Hora Saída	Hora Saída	Hora		<u>14:42</u>				<u>07:34</u>	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	<u>1500</u>																																									
Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base																																																																																								
km	km	km	km	km																																																																																								
<u>134681</u>	<u>134685</u>																																																																																											
Hora	Hora Chegada	Hora Chegada	Hora Chegada	<u>1346 89</u>																																																																																								
	<u>07:48</u>																																																																																											
	Hora Saída	Hora Saída	Hora Saída	Hora																																																																																								
	<u>14:42</u>																																																																																											
<u>07:34</u>	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	<u>1500</u>																																																																																								
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"/> Anisocórica <input type="checkbox"/> Midriática <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"/> Braquicardia <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Cheyne Stokes <input type="checkbox"/> Biot <input type="checkbox"/> Kussmaul																																																																																												
Circulatório <input type="checkbox"/> Pulso normocardiaco <input type="checkbox"/> Rítmico <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 <input type="checkbox"/> Alterados <input type="checkbox"/> Não Alterados Membros Inferiores <input type="checkbox"/> Alterados <input type="checkbox"/> Não Alterados																																																																																												
Sinais Vitais																																																																																												
<table><tr><td>HORA</td><td>PA</td><td>FC</td><td>FR</td><td>GLASGOW</td><td>TEMP</td><td>Sat O2</td><td>Hgt</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt																																																																									
HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt																																																																																					
<table><tr><td rowspan="2">Abertura ocular</td><td rowspan="2"><input type="checkbox"/> Espontânea 4 <input type="checkbox"/> voz 3 <input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1</td><td rowspan="2">Resposta Verbal</td><td rowspan="2"><input type="checkbox"/> Orientada 5 <input type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3 <input type="checkbox"/> Palavras Incompreensíveis 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1</td><td rowspan="2">Resposta Motora</td><td rowspan="2"><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</td></tr><tr></tr></table>												Abertura ocular	<input type="checkbox"/> Espontânea 4 <input type="checkbox"/> voz 3 <input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	Resposta Verbal	<input type="checkbox"/> Orientada 5 <input type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3 <input type="checkbox"/> Palavras Incompreensíveis 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	Resposta Motora	<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																																																																											
Abertura ocular	<input type="checkbox"/> Espontânea 4 <input type="checkbox"/> voz 3 <input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	Resposta Verbal	<input type="checkbox"/> Orientada 5 <input type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3 <input type="checkbox"/> Palavras Incompreensíveis 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	Resposta Motora	<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																																																																																							
<table><tr><td rowspan="7">TRAUMA</td><td>Descrição</td><td>Crâ</td><td>Face</td><td>Col</td><td>Tór</td><td>Bac</td><td>Msd</td><td>Mse</td><td>Mid</td><td>Mie</td></tr><tr><td>Escoriação</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Cont</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Ferim</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Luxa</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Frat</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Lace</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Secç</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												TRAUMA	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie	Escoriação										Cont										Ferim										Luxa										Frat										Lace										Secç									
TRAUMA	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie																																																																																		
	Escoriação																																																																																											
	Cont																																																																																											
	Ferim																																																																																											
	Luxa																																																																																											
	Frat																																																																																											
	Lace																																																																																											
Secç																																																																																												
<table><tr><td rowspan="4"></td><td colspan="10">QUEIMADURAS</td><td rowspan="4"></td></tr><tr><td></td><td>Cab</td><td>Pesc</td><td>T Ant</td><td>Tpos</td><td>Perín</td><td>Msd</td><td>Mse</td><td>Mid</td><td>Mie</td></tr><tr><td>I</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>II</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>III</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													QUEIMADURAS												Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie	I										II										III																																						
	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 _____ RG/CPF _____ assinatura _____																																																																																												

Observações Médicas / Enfermeiros

acompanhamento do trabalho sem intercorrências



Materiais Utilizados

REALVIDAS

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

Data

Condutor Socorrista

Data

Augusto Guarnieri