

Ficha de Acompanhamento

OS

<input type="checkbox"/> BÁSICA	<input type="checkbox"/> UTI ADULTO	<input type="checkbox"/> UTI INFANTIL	<input checked="" type="checkbox"/> UTI NEO	<input type="checkbox"/> UTI ÁREA	<input type="checkbox"/> EVENTOS	<input type="checkbox"/> PARTICULAR	<input type="checkbox"/> APH
<input checked="" 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 CATE TOMO RX CPRS PET SCAM
 GTT TQT/TQM US RMN T.C. HIPER. Outros

EMPRESA M. SOLUA. Solicitante Luz Data 17/03/23

Origem: Hosp. Pocoarmo x W.K. Furtado x Hosp. Policlínico

Nome: Pedro Afonso Idade _____ Contato: _____

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO SUL AMERICANA Nº CARTEIRINHA 07959 000013910101

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>136213</u>	km <u>136215.</u>	km <u>136216</u>	km
<u>136197</u>	Hora Chegada <u>12:30</u>	Hora Chegada <u>13:15</u>	Hora Chegada <u>14:55</u>	<u>136232</u>
Hora	Hora Saída <u>13:05</u>	Hora Saída <u>14:45</u>	Hora Saída <u>18:05.</u>	Hora
	Visto Origem <u>11:30</u>	Vista Destino <u>46.630.216/0001-3</u>	Vista Destino <u>Clínica Radiológica F. Benedita</u>	<u>Gerson A. Possa</u> Centro CEP: 12000-030 CRM SP: 76595

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado Inconsciente

Pupilas Isocôricas Anisocorica Midríatrica Miotica P. ou E É Maior !

Respiratória Eupnêico Taquicardia Bradicardia Apnéia Cheyne Stokes Biot Kussmaul

Circulatório Pulso normocadiaco Ritítmico Arritmico Dicróptico Taquicardia Bradicardia Brasifgmia Filiforme

Abdomem Plano Globoso Protuberante Escavado Flácido Em Avental

Membros Superior Alterados Não Alterados Membros Inferiores Alterados Não Alterados

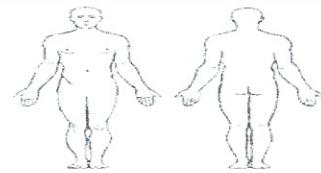
Sinais Vitais

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 Incomprêencivas 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

Paciente Foi realizadas exames de sangue para exame da poliomielite, para DPOC para realizar Ressonância com sedação. Admitido paciente consciente, clara no colo na triagem, posicionado em cinturão de segurança, sem intubação.

Em decorrência do exame necessitou para que fosse realizado o exame, encaminhou-se de volta para hospital de origem sem intubação.

Transporte Policlínico x WR
Sem intubação mecânica

Materiais Utilizados

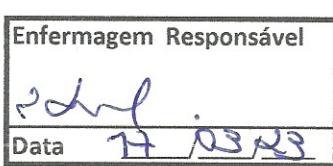
Oxigênio	01 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	
	02 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	
	03 - Pequeno	<input type="checkbox"/> 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 17/03/23

Enfermagem Responsável



Data 17/03/23

Condutor Socorrista



Data / /