

Ficha de Acompanhamento

<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 checked="" type="checkbox"/> EXAMES	<input type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT	

Tipos de Exames CATE TOMO RX CPRS PET SCAM INTERNAÇÃO Outros

EMPRESA M. SOLVA. Solicitante ederson. Data 26.04.24

Origem: II Policia x H. Policial x

Nome: DAVID TEIXEIRA SOUZA. Idade Contato:

Sexo Masculino Feminino
SUS / CONVENIO Sul América

Nº CARTEIRINHA 016.86053000156.

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km 40604.	km 40606	km 40607.	km
40532,	Hora Chegada 05:13	Hora Chegada 05:22.	Hora Chegada 05:43.	
Hora	Hora Saída 05:17.	Hora Saída 05:36.	Hora Saída 05:48	Hora
	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	
04:15	mota a grão	Tanha onda	Celba	

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado Inconsciente

Pupilas Isocôricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnêico Taquicardia Bradicardia Apnéia Cheyne Stokes Biot Kussmaul

Circulatório Pulso normocadiaco Ritímico Arritmico Dicrotico Taquifgmia Brasifgmia Filiforme

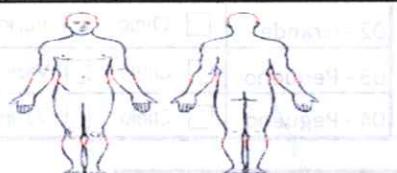
Abdomem Plano Globoso Protuberante Escavado Flácido Em Avental

Membros Superior Alterados Não Alterados Membros Inferiores Alterados Não Alterados

Sinais Vitais							
HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
120-80				15.		98%	

TRAUMA	Descrição	Resposta Verbal					Resposta Motora				
		Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie	
	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 <i>Manoel Simões Neto</i>	assinatura <i>[Signature]</i>
RG/CPF <i>20610362</i>	

Observações Médicas / Enfermeiros

Pca sonolenta, consciente, eufórico, deambulando, veio acompanhado pelo Pai, Relata que a pca caiu de bicicleta e bateu o rosto, apresenta-se com escoriações na região nasal e labios, seguiu viagem de ida e volta sem interconvenções.

Angelita G.G. Araujo
Téc. de Enfermagem
COREN-SP: 46252

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

Data

Condutor Socorrista

Data