

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 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
 GTT TQT / TQM US RMN T. C. HIPER. Outros *SONRA NASSO*

EMPRESA *g. cene* Solicitante *Pires da Mazzocchi* Data *03.06.25*
Origem: *P. SSC.* x *T. Pediatria. SSC.* x *P.*

Nome: *Geraldo Manoel Filho* Idade *71* Contato: _____
Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO *QSS12 SAÚDE* Nº CARTEIRINHA *0901 000231110428*.

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <i>136453</i>	km <i>136460</i>	km <i>136464</i>	<i>136</i> km
<i>136692</i>	Hora Chegada <i>01:35</i>	Hora Chegada <i>02:22</i>	Hora Chegada <i>03:18</i>	<i>136827</i>
Hora	Hora Saida <i>02:13</i>	Hora Saida <i>03:10</i>	Hora Saida <i>03:45</i>	Hora
<i>01:00</i>	Visto Origem	Vista Destino <i>EMERGENCIAL 0322 Silviano Braga</i>	Vista Destino	<i>4:22</i>

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado Inconsciente

Pupilas Isocôricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnêico Taquicardia Braquicardia Apnéia Cheyne Stokes Biot Kussmaul

Circulatório Pulso normocadiaco Rítimico Arritmico Dicrotico Taquisfmgia Brasifgmia Filiforme

Abdomem Plano Globoso Protuberante Escavado Flácido Em Avental

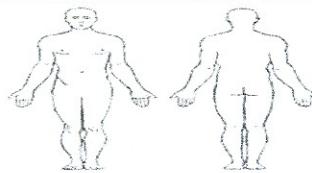
Membros Superior Alterados Não Alterados Membros Inferiores Alterados Não Alterados

Sinais Vitais							
HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
<i>14:27:18</i>	<i>76</i>	<i>18</i>	<i>74</i>	<i>34.5</i>	<i>92</i>		

TRAUMA	Abertura ocular	Resposta Verbal				Resposta Motora			
		<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5	<input type="checkbox"/> Confusa 4	<input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3	<input type="checkbox"/> Palavras Incomprêencivas 2	<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"/> Espontânea 4								<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2
	<input type="checkbox"/> voz 3								<input type="checkbox"/> Nenhuma
	<input type="checkbox"/> A dor 2								
	<input type="checkbox"/> Nenhuma 1								
	<i>ii</i>								

TRAUMA	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
	Escoriação									
	Cont									
	Ferim									
	Luxa									
	Frat									
	Lace									
	Secç									

	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 *Flávia B. F. Manoel* assinatura *MB Manoel*
RG/CPF *9.613.224-3*

Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente com SNE com obstrução, realizado o transporte para o hospital Policlin.

Paciente posicionado em maca de Transporte, consciente, orientado faz uso da traqueostomia, encaminhado para o hospital sem intervenção.

Chegamos no hospital encontramos para emergência. Realizado a passagem da SNE encaminhado para sua residência, sem nenhuma intervenção.

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

Enfermagem Responsável

Data

Condutor Socorrista

Data