

Ficha de Acompanhamento

BÁSICA UTI ADULTO UTI INFANTIL UTI NEO UTI ÁREA EVENTOS PARTICULAR APH
 EXAMES TRASFERÊNCIA HOSPITALAR ALTA HOSPITALAR INTERNAÇÃO SIV - INT

Tipos de Exames CATE TOMO RX CPRS PET SCAM
 GTT TQT / TQM US RMN T. C. HIPER. Outros

EMPRESA CABES P.Solicitante MATHEUS FUGO.Data 23.11.23.Origem: H.BENEF. PORT. SANTOS X P. SANTOS.Nome: MARIA APARECIDA NEVESIdade 78

Contato:

Sexo Masculino FemininoSUS / CONVENIO ASSISTENCIA DIRETANº CARTEIRINHA 2278110000443.

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>240028</u>	km <u>240033</u>	km	km
<u>240.023.</u>	Hora Chegada <u>18:35.</u>	Hora Chegada <u>19:05.</u>	Hora Chegada	
Hora	Hora Saída <u>18:40</u>	Hora Saída <u>19:18.</u>	Hora Saída	Hora
	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	
	<u>18:25.</u>			

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado InconscientePupilas Isocôricas Anisocôrica Midriátrica Miotica D ou E É MaiorRespiratória Eupnéico Taquicardia Braquicardia Apnéia Cheyne Stokes Biot KussmaulCirculatório Pulso normocadiaco Ritítmico Arritmico Dicrotico Taquifgmia Brasisfgmia FiliformeAbdomem Plano Globoso Protuberante Escavado Flácido Em AventalMembros Superior Alterados Não Alterados Membros Inferiores Alterados Não Alterados

Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

Abertura ocular

- Espontânea 4
- voz 3
- A dor 2
- Nenhuma 1

Resposta Verbal

- Orientada 5
- Confusa 4
- Palavras Improórias 3
- Palavras Incomprêencivas 2
- Nenhuma 1

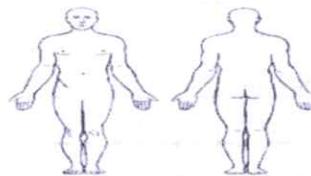
Resposta Motora

- Obdece comandos 6
- Localiza Dor 5
- Movimentos de retardia 4
- Flexão Anormal 3
- Extensão Anormal 2
- Nenhuma

TRAUMA	Description	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 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

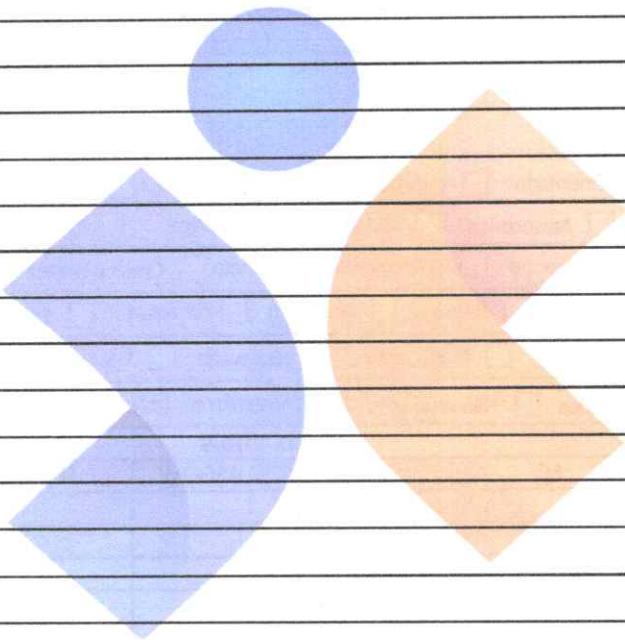
Nome

RG/CPF

assinatura

Observações Médicas / Enfermeiros

ATLA REALIZADA SEM INTERFERENCIAS



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 - Pegueno	<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 ____ / ____ / ____