



REALVIDAS
REMOÇÕES E EMERGÊNCIAS 24h

Ficha de Acompanhamento

OS

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

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

EMPRESA MED SALVIA **Solicitante** . **Data** 05/02/22

Origem: Hos. 10 JULHO x S.C. PINRA X

Nome: GICERO ABELOredo R. **Idade** _____ **Contato:** _____

Sexo Masculino Feminino
SUS / CONVENIO Sul Ameliça

Nº CARTEIRINHA 8888800659496 0015

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km 129086	km 129089.	km 129091	km
129084	Hora Chegada 21:55	Hora Chegada 22:20	Hora Chegada 22:45	
Hora	Hora Saida 22:10	Hora Saida 22:20	Hora Saida	Hora
	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	
		Ramo de Ratinho CONCEPTE SP 889006-10		
21:40				

Neurologica Lucido Comunicativo Orientado Consciente Desorientado Inciente Confuso

Pupilas Pupilas Isocôricas Pupilas Anisocôricas Foto Reagente Foto Não Reagente D ou E É Maior

Respiratória Taquicardia Braquicardia Positiva Negativa

Circulatório Pulso Sem Pulso Pulso Forte Filiforme

Abdomem Plano Globoso Rígido Flácido

Membros Superior Alterados Não Alterados **Membros Superior** Alterados Não Alterados

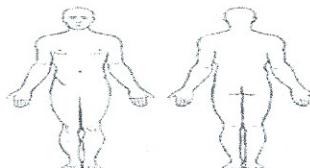
Sinais Vitais

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 Improprias 3	<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Palavras Incompreensias 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								
	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	
	I								
	II								
	III								



Consentimento para transporte de Pacientes

Declaro que fui orientado pelos 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 *Divine da Silva Rodrigues maria gomes*
 RG/CPF *44.420.479-9*

assinatura

Observações Médicas / Enfermeiros

22:00 RECESSO CLIENTE HOSPITAL JOAQUIM,
CONSCIENTE, ORIENTADO A FEBRIL PI SANTA CASA
PINHEIROS BA PELA DR BRUNA VIEIRA SIMPLIES EM JUIZZ
DEZEMBRO HANNO PELA ENFERMEIRA, MOTORISTA E
FILHA. NO REFERENTE SE, PELA FRETAMENTE -
REFERE HAS. DH. JANTAR DO ANO EM MSF
SOSA CUBITAL. SEQUE OS LINDOS DA
ENFERMEIRA.

22:20 CHEGADA DESTINOS SANTA CASA DE
PINHEIROS

Claudemir da Silva
Téc. de Enfermagem
COREN-SP 460.605

Claudemir da Silva
Téc. de Enfermagem
COREN-SP 460.605

Materiais Utilizados

Oxigenio	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	

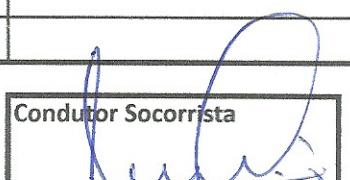
Médico Responsável

Data ____ / ____ / ____

Enfermagem Responsável

Data ____ / ____ / ____

Condutor Socorrista


Data ____ / ____ / ____