

Ficha de Acompanhamento

05

BÁSICA UTI ADULTO UTI INFANTIL UTI NEO UTI ÁREA EVENTOS PARTICULAR AP
 EXAMES TRASFERÊNCIA HOSPITALAR ALTA HOSPITALAR INTERNACÃO SIV - INT

Tipos de Exames CATE TOMO RX CPRS PET SCAM
 GIG TOT /TOM US RMN T.C. HPER Outro:

EMPRESA PIZZERIA **Solicitante** ANDRESSA **Data** 23.05.23

Origem: X X

Name: Félix **Idade:** 10 **Contato:** (11) 98765-4321

Nome: FELIPE Endereço: _____
Sobrenome: SAC Cidade: _____
_____ Contato: _____

SUS / CONVENIO Masculino Feminino **Nº CARTEIRINHA**

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 136589	km 136591 Hora Chegada 19:00	km 136583 Hora Chegada 21:30	km Hora Chegada	km .
Hora	Hora Saida 21:20	Hora Saida	Hora Saida	Hora
18:40	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	

Neurológica Lúcido Orientado Consciente Desorientado Inconsciente

Pupilas Isocóricas Anisocórica Midriátrica Miotica Dilatada É Maior

Respiratória Eupnéico Taquicardia Bradicardia Apneia Cheyne Stokes Rict Kussmaul

Circulatório Pulso normocadiaco Ritimico Arritmico Dicrotico Taquicardia Bradicardia Fibrilante

Abdomen: Plano Ciboso Protuberante Escavado Eláctido Em Aventado

Membros Superior Não Sim - Muito **Membros Inferiores** Não Sim - Muito

Sinais Vitais

Abertura ocular

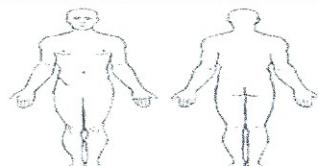
Besposta Verbal

Resposta Motora

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

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

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



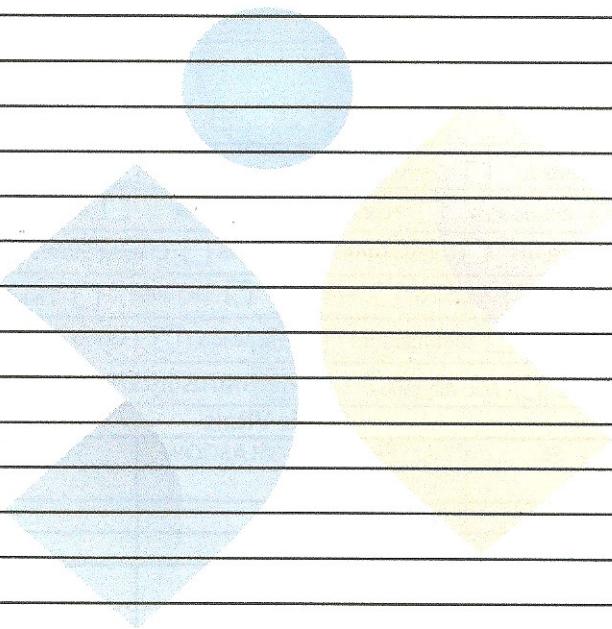
Consentimento para transporte de Pacientes

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



Materiais Utilizados

DATA DE VIDA

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

[Handwritten signature]

Data _____ / _____ / _____