

# Ficha de Acompanhamento

<input type="checkbox"/> BÁSICA	<input checked="" 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	<input type="checkbox"/>

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

EMPRESA P.555.BARRETO Solicitante Data 10.01.24

Origem: S.CASA CRUZADA x H.R.V.P. x S.CASA CRUZADA

Nome: Lourenço Oliveira Ribeiro de Souza Idade 23 Contato:

Sexo  Masculino  Feminino

SUS / CONVENIO NF Nº CARTEIRINHA NF

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>39424</u>	km <u>39517</u>	km <u>39680</u>	km
<u>39310</u>	Hora Chegada <u>05:21</u>	Hora Chegada <u>06:30</u>	Hora Chegada <u>09:24</u>	<u>39689</u>
Hora	Hora Saida <u>05:31</u>	Hora Saida <u>0825</u>	Hora Saida <u>09:30</u>	Hora
	Visto Origem <u>8º mero 705224</u>	Vista Destino <u>- 708348</u>	Vista Destino	<u>10:00</u>
<u>0350</u>				

Neurológica  Lúcido  Orientado  Conciente  Desorientado  Inconsciente

Pupilas  Isocôricas  Anisocorica  Midrástica  Miotica  D ou E  É Maior

Respiratória  Eupnético  Taquicardia  Bradicardia  Apnéia  Cheyne Stokes  Biot  Kussmaul

Circulatório  Pulso normocadiaco  Ritímico  Arritmico  Dicrotico  Taquisfmgia  Brasisfmgia  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
<u>120x76</u>	<u>72</u>	<u>24</u>	<u>75</u>	<u>36.6</u>	<u>99%</u>		

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motoria
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4	<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5	<input checked="" 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 Improórias 3	<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Palavras Incompréhencivas 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	Mie	
I										
II										
III										

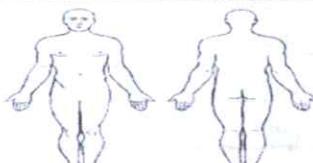
## Consentimento para transporte de Pacientes

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.

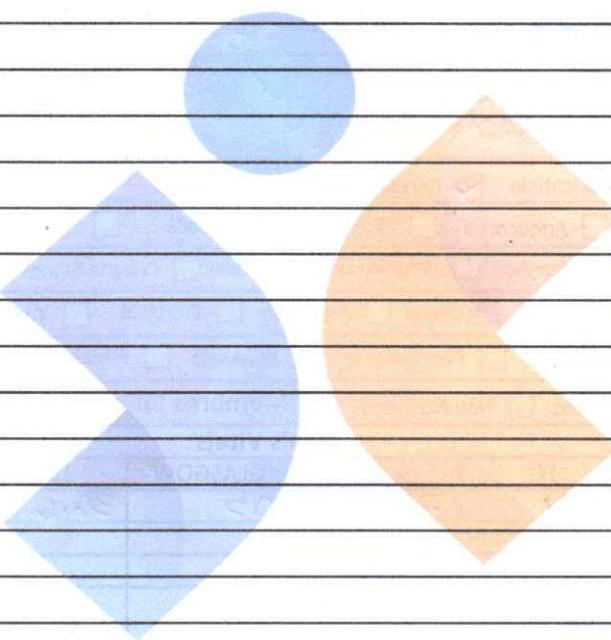
Estou ciente das intervenções necessárias da equipe médica para a segurança do transporte, e dos eventuais riscos que envolvam a viagem que será realizada

Nome	assinatura
RG/CPF	



## Observações Médicas / Enfermeiros

Realizado transporte do paciente da Santa Casa de Cruzin para o H. Regional de Iamboti, vaga Cross. Paciente consciente orientado, sem dor no membro, história de queda de metade com fatura da lesão temporal com extensão para mastoide, com edema de céu do mastoide e da cavidade timpânica, mantendo mobilização da braçada com tipo II, exige sobre intubação. alif.  
Retornamos com o paciente para Santa Casa de Cruzin, capo articulado ao membro, vitor raney num intubador. alif.



## 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