

# Ficha de Acompanhamento

|                                 |  |  |                                  |                                   |                                     |                                     |                              |
|---------------------------------|--|--|----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|
| <input 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  | <input type="checkbox"/>     |

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

**EMPRESA** H.U. CACAPAVAS **Solicitante** Ricardo **Data** 16.01.24

**Origem:** H.U. CACAPAVAS x HOSP. Ribeirão Preto x

**Nome:** Diego Faria de Moraes Borges **Idade** 70 **Contato:** \_\_\_\_\_

**Sexo**  Masculino  Feminino

**SUS / CONVENIO** UNIMED.

**Nº CARTEIRINHA** 09170550000022006

| Saída Base   | Origem                    | Destino                           | Destino                   | Chegada Base |
|--------------|---------------------------|-----------------------------------|---------------------------|--------------|
| km           | km <u>33087</u>           | km <u>33155</u>                   | km <u>33224</u>           | km           |
| <u>33045</u> | Hora Chegada <u>07:10</u> | Hora Chegada <u>08:30</u>         | Hora Chegada <u>09:30</u> |              |
| Hora         | Hora Saida <u>07:25</u>   | Hora Saida <u>08:42</u>           | Hora Saida                | Hora         |
|              | Visto Origem              | Vista Destino                     | Vista Destino             |              |
|              | <u>06:30</u>              | <u>Tayná Ozório Gonzaga Citro</u> | <u>Dra. Alice</u>         |              |

**Neurológica**  Lúcido  Orientado  Conciente  Desorientado  Inconsciente

**Pupilas**  Isocôricas  Anisocorica  Midriátrica  Miotica  D ou E  É Maior

**Respiratória**  Eupnéico  Taquicardia  Bradiátrica  Apnéia  Cheyne Stokes  Biot  Kussmaul

**Circulatório**  Pulso normocadiaco  Ritímico  Arritmico  Dicrotico  Taquicardia  Brasisfagmia  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 |
|------|----|----|----|---------|------|--------|-----|
|      |    |    |    |         |      |        |     |
|      |    |    |    |         |      |        |     |
|      |    |    |    |         |      |        |     |
|      |    |    |    |         |      |        |     |

### Abertura ocular

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

### Resposta Verbal

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

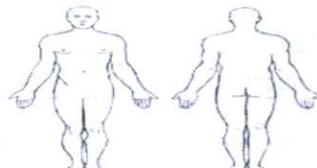
### Resposta Motora

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

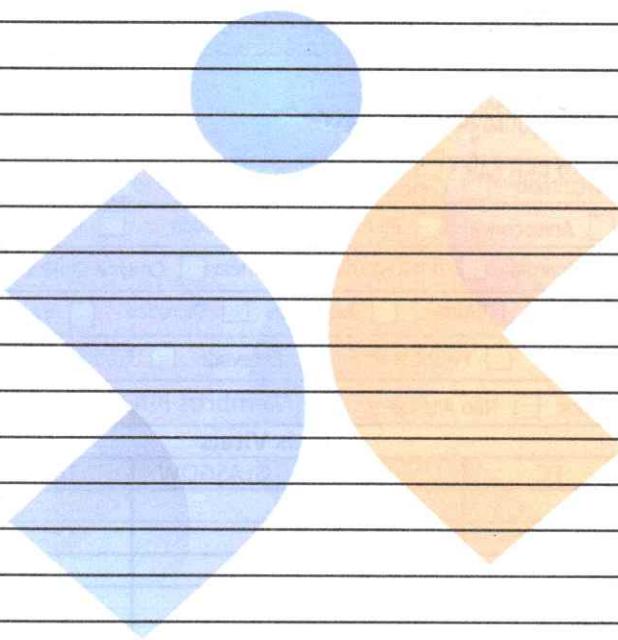
assinatura

RG/CPF

## Observações Médicas / Enfermeiros

Pt. consciente, orientado, eupneico, diambula com dificuldade, AV PMG E, sat. 96%, p. 72, seguiu viagem de ida sem intercorrências.

Angelita C. G. Araújo  
Téc. de Enfermagem  
CORFNSPI 46752



## 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

Jayerson

Data

/ /

Enfermagem Responsável

Condutor Socorrista

Data

/ /