

# Ficha de Acompanhamento

OS

- 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  TOT/TOM  US  RMN  T. C. HIPER. Outros ECG

EMPRESA Unimed Solicitante Rosane. Data 06/05/2014  
 Origem: CAÇAPAVA (DAR) x INEP - SJG x

Nome: Aline Santos Rodrigues Idade 30. Contato: (12) 9928-5428  
 Sexo  Masculino  Feminino

SUS / CONVENIO UNIMED. Nº CARTEIRINHA 00910882001139304.

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km 41847	km 41879.	km 41913	km
11.815	Hora Chegada 10:30	Hora Chegada 11:30	Hora Chegada 12:25	
Hora	Hora Saída 10:30	Hora Saída 12:00	Hora Saída 12:25	Hora
09:35	Visto Origem Jannerson Britto	Vista Destino Janice Gomes	Vista Destino Aline	

Neurológica  Lúcido  Orientado  Conciente  Desorientado  Inconsciente

Pupilas  Isocôricas  Anisocorica  Midriátrica  Miotica  D ou E  É Maior

Respiratória  Eupnêico  Taquicardia  Bradiardia  Apnéia  Cheyne Stokes  Biot  Kussmaul

Circulatório  Pulso normocadiaco  Ritímico  Arritmico  Dicrotico  Taquisfmgia  Brasismgia  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
10:00	90/60	83	10	15	30.5	89%	

## 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

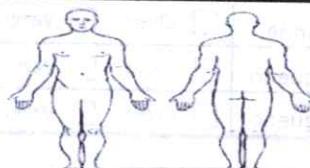
## Resposta Motora

- 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

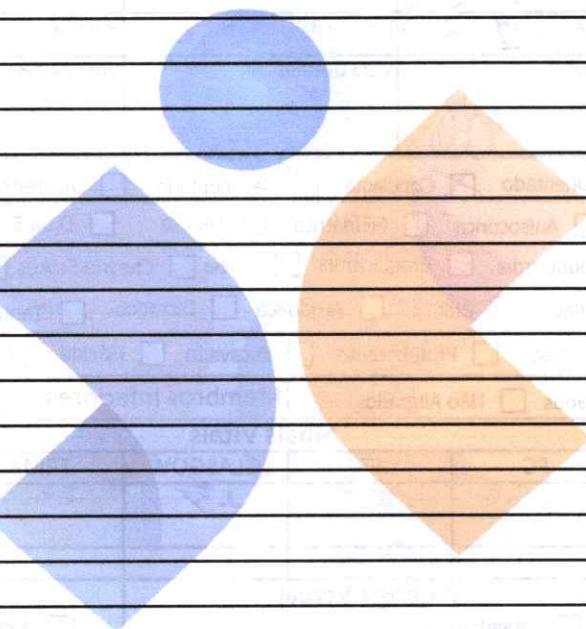
Declaro que fui orientado pela equipe da ambulância e médicos verbalmente sobre o quadro clínico do paciente.  
 Estou ciente e orientado do quadro clínico do paciente para transporte e dos riscos envolvidos no transporte, podendo o paciente apresentar quadro clínico de instabilidade durante o percurso.

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 Aline D. Gomes	assinatura Aline D. Gomes
RG/CPF 406.913.528-60	

# Observações Médicas / Enfermeiros

remoção de intercessores com o paciente  
00/08/2010



## Materiais Utilizados

REAL VIDAS

Oxigênio	01 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	02 - Grande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	03 - Pequeno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	04 - Pequeno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Médico Responsável**  
Data 06/08/2014

**Enfermagem Responsável**  
Data 06/08/2014

**Condutor Socorrista**  
Data 06/08/2014