

# Ficha de Acompanhamento

☒ 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   **Outros**  
☐ GTT   ☐ TQT /TQM   ☐ US   ☐ RMN   ☐ T. C. HIPER.

**EMPRESA** P. Linda   **Solicitante** Andreia   **Data** 25/05/24

**Origem:** João do Pube   X   X

**Nome:** Bonjuti maxelino   **Idade**   **Contato:**

**Sexo**   ☒ Masculino   ☐ Feminino

**SUS / CONVENIO**

**Nº CARTEIRINHA**

| Saída Base | Origem       | Destino       | Destino       | Chegada Base |
|------------|--------------|---------------|---------------|--------------|
| km         | km           | km            | km            | km           |
| 153121     | 153125       | 153125        |               | 153128       |
| Hora       | Hora Chegada | Hora Chegada  | Hora Chegada  | Hora         |
|            | 16:11        |               |               |              |
|            | Hora Saída   | Hora Saída    | Hora Saída    |              |
|            | 20:40        |               |               |              |
|            | Visto Origem | Vista Destino | Vista Destino |              |
| 16:00      |              |               |               | 20:52        |

**Neurológica**   ☐ Lúcido   ☐ Orientado   ☐ Conciente   ☐ Desorientado   ☐ Inconsciente

**Pupilas**   ☐ Isocóricas   ☐ Anisocórica   ☐ Midriática   ☐ Miotica   ☐ D ou E   ☐ É Maior

**Respiratória**   ☐ Eupnéico   ☐ Taquicardia   ☐ Braquicardia   ☐ Apnéia   ☐ Cheyne Stokes   ☐ Biot   ☐ Kussmaul

**Circulatório**   ☐ Pulso normocardiaco   ☐ Rítmico   ☐ Arritmico   ☐ Dicrotico   ☐ Taquissfmgia   ☐ 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 |
|------|----|----|----|---------|------|--------|-----|
|      |    |    |    |         |      |        |     |
|      |    |    |    |         |      |        |     |
|      |    |    |    |         |      |        |     |

### Abertura ocular

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

### Resposta Verbal

- ☐ Orientada 5  
☐ Confusa 4  
☐ Palavras Improórias 3  
☐ Palavras Incomprêncivas 2  
☐ Nenhuma 1

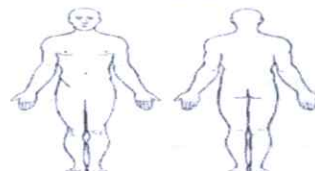
### Resposta Motora

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

|        | Descrição  | Crâ | Face | Col | Tór | Bac | Msd | Mse | Mid | Mie |
|--------|------------|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| TRAUMA | 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 ambulancia 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** Paula Trino C. Figueiredo

**assinatura**

**RG/CPF**

[assinatura]

**Observações Médicas / Enfermeiros**

A ambulância compareceu ao evento

Realizaremos a cobertura do jogo de Basquete com interconexão

TE. Luciana de Carvalho  
COREIA SP 00000

## Materials Utilizados

# REALVIDAS

|          |              |                                |                                |                                            |                      |     |
|----------|--------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------|----------------------|-----|
| Oxigênio | 01 - Grande  | <input type="checkbox"/> Cheio | <input type="checkbox"/> Vazio | <input checked="" type="checkbox"/> Em uso | Quantos Bar Utilizou | 100 |
|          | 02 - Grande  | <input type="checkbox"/> Cheio | <input type="checkbox"/> Vazio | <input checked="" type="checkbox"/> Em uso | Quantos Bar Utilizou | 110 |
|          | 03 - Pequeno | <input type="checkbox"/> Cheio | <input type="checkbox"/> Vazio | <input checked="" type="checkbox"/> Em uso | Quantos Bar Utilizou | 90  |
|          | 04 - Pequeno | <input type="checkbox"/> Cheio | <input type="checkbox"/> Vazio | <input type="checkbox"/> Em uso            | Quantos Bar Utilizou |     |

**Médico Responsável**

**Data** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Enfermagem Responsável  
7ª Luciana de F. Carvalho  
CRM 290728  
Data 25/05/24

Conductor Socorrista

Data 25/05/24