

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 ☐ TQT/TQM ☐ US ☐ RMN ☐ T. C. HIPER. Outros

EMPRESA Cooperativa de Duas Solicitante _____ Data 21/04/24

Origem: Pinde - Parque das cidades X

Nome: Gerônimo Idade 45 Contato: _____

Sexo ☒ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
<u>40453</u>	<u>40454</u>	<u>40469</u>		<u>40489</u>
Hora	Hora Chegada	Hora Chegada	Hora Chegada	Hora
	<u>07:00</u>	<u>10:00</u>		
	Hora Saída	Hora Saída	Hora Saída	
	Visto Origem	Visto Destino	Visto Destino	
<u>06:50</u>				<u>10:10</u>

Neurológica ☐ Lúcido ☒ Orientado ☒ Conciente ☐ Desorientado ☐ Inconsciente

Pupilas ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Midriática ☐ Miotica ☐ D ou E ☐ É Maior

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

Circulatório ☐ Pulso normocardiaco ☐ Ritímico ☒ Arritmico ☐ Dicrotico ☐ Taquisfmgia ☐ Bradisfmgia ☐ 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>08:00</u>	<u>160/70</u>	<u>109</u>	<u>20</u>	<u>15</u>	<u>-</u>	<u>97%</u>	<u>-</u>

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

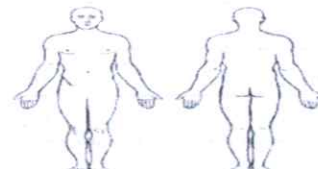
Resposta Motora

☒ Obedece 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 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

RG/CPF

assinatura

Observações Médicas / Enfermeiros

08.00h Encaminhado pct masculino "Gerônimo", com queixa de dor no peito, 45 anos, nega alergia, nega comorbidade. Consciente Orientado, hidratado, afebril, eupneico em ar ambiente, pupilas iso +, Eliminação fisiológicas espontânea, pontuados vivos. Ref. anamnese. Nega uso de medicação, drogas. Relata uso de gel termogênico há 40min. Encaminhado para PS de Pinda. PA 160x70 mmHg. Fc. 109 bpm, Sat 97%. Administrado 3 AAS. Sublingual a pedido verbal da D.ª Heloisa.

Enf. Ana Carolina
14/21021

Pac. atendido c/ queixa de dor precordial muito intensa.

Exf.: facies de dor, palidez, extremidades frias e sudorese profusa.

PA: 159x98 / PA_{15'}: 149x89

FC: 109 bpm / FC_{15'}: 100 / FC_{15'}: 89 bpm.

Pulmões limpos

Ritmo de Galop, hiperfonesia B₂

Cond.: monitorização multiparamétrica

AAS 100 mg 3 comp. VP


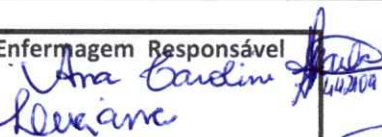

enc. a emergência hospitalar

ID: IAM / Angina

Materiais Utilizados

03 AAS.

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 21/04/24	Enfermagem Responsável  Data 21/04/24	Conductor Socorrista  Data ____/____/____
--	---	--