

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

EMPRESA GASD Sauder Solicitante RecPcau Data 23.10.83

Origem: D. Regional TFE x D. Tambore x

Nome: Domíngos Gonçalves de Farias Idade 78 Contato: \_\_\_\_\_

Sexo ☒ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO Sinto. caso

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
<u>132776</u>	<u>132796</u>	<u>132799</u>	<u>132824</u>	
Hora	Hora Chegada	Hora Chegada	Hora Chegada	
	<u>20:20</u>	<u>21:20</u>	<u>22:45</u>	
	Hora Saída	Hora Saída	Hora Saída	
	<u>21:00</u>	<u>21:30</u>		
	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	
<u>20:10</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 ☐ Rítmico ☐ 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>21:49</u>	<u>120x80</u>	<u>48</u>	<u>80</u>	<u>13</u>	<u>—</u>	<u>98%</u>	<u>—</u>

## Abertura ocular

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

## Resposta Verbal

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

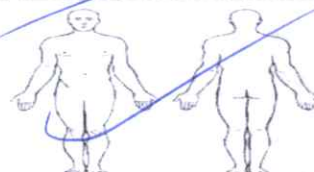
## Resposta Motora

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

TRAUMA	Descrição	Crã	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 Ana Angelica Costa de Faria

RG/CPF 24562218-9

assinatura

[Assinatura]

## Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente admitido no hospital regional de torubate examinado para residência acomodado em seu leito, sem intercorrência

## Materiais Utilizados

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