

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

EMPRESA PLENO SAÚDE Solicitante _____ Data 13.12.23

Origem: P. TREMÊM BÉ x H. LOUÇHO x P. TREMÊM BÉ

Nome: ALGA, GIOVANELE Idade _____ Contato: _____

Sexo ☐ Masculino ☒ Feminino

SUS / CONVENIO MED SERVICE Nº CARTEIRINHA 95108734529233802

| Saída Base | Origem | Destino | Destino | Chegada Base |
|--------------|--------------|---------------|---------------|--------------|
| km | km | km | km | km |
| <u>31677</u> | <u>31695</u> | <u>31708</u> | <u>31719</u> | <u>31738</u> |
| Hora | Hora Chegada | Hora Chegada | Hora Chegada | Hora |
| | <u>08:04</u> | <u>08:39</u> | <u>11:00</u> | |
| | Hora Saida | Hora Saida | Hora Saida | |
| | <u>08:17</u> | <u>10:45</u> | <u>11:10</u> | |
| | Visto Origem | Visto Destino | Visto Destino | |
| <u>04:30</u> | | | | <u>12:00</u> |

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 ☐ Ritimico ☐ 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 Incompreêncivas 2
☐ Nenhuma 1

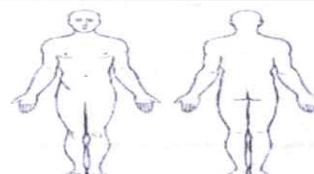
Resposta Motora

- ☒ Obdece 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 Imaissa Carneiro da Fonseca

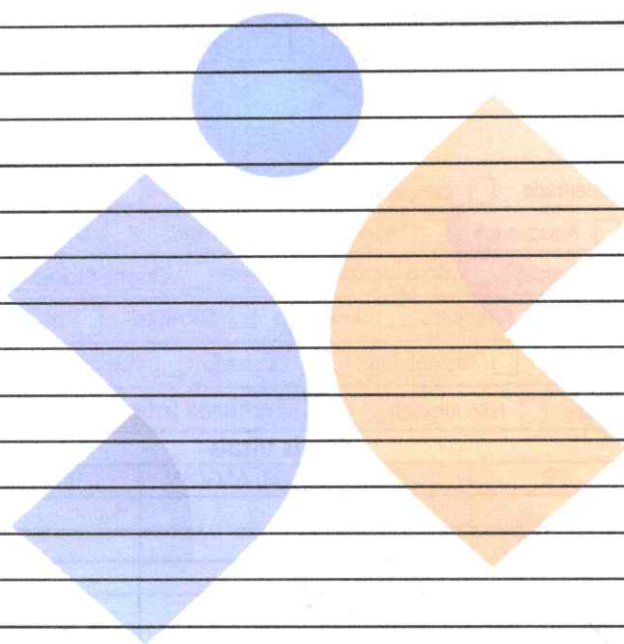
RG/CPF 464.878.868-07

assinatura

Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente consciente, orientada, acompanhada pela filha e pela cuidadora, transportada sem intercorrências para realização de exame de tomografia e retorna à origem também sem intercorrências.

MONICA M. S. 52
Enfermeira
COREN 370.176



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

Data ____/____/____

Enfermagem Responsável

Data ____/____/____

Condutor Socorrista

Data ____/____/____