

## **Ficha de Acompanhamento**

109

VI

318

| <input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA  | <input type="checkbox"/> UTI ADULTO                 | <input type="checkbox"/> UTI INFANTIL               | <input type="checkbox"/> UTI NEO       | <input type="checkbox"/> UTI ÁREA     | <input type="checkbox"/> EVENTOS                 | <input type="checkbox"/> PARTICULAR    | <input type="checkbox"/> APH           |                                    |     |     |
|---|---|---|--|---------------------------------------|--|--|--|------------------------------------|-----|-----|
| <input type="checkbox"/> EXAMES   | <input type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR    | <input checked="" type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR |  |                                       |  | <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO    | <input type="checkbox"/> SIV - INT     |                                    |     |     |
| Tipos de Exames   |   | <input type="checkbox"/> CATE                       | <input type="checkbox"/> TOMO          | <input type="checkbox"/> RX           | <input type="checkbox"/> CPRS                    | <input type="checkbox"/> PET SCAM      | Outros                                 |                                    |     |     |
|   |   | <input type="checkbox"/> GTT                        | <input type="checkbox"/> TOT / TOM     | <input type="checkbox"/> US           | <input type="checkbox"/> RMN                     | <input type="checkbox"/> T. C. HIPER.  |  |                                    |     |     |
| EMPRESA <u>Gupo Corre Hore Care</u>   |   |   |  | Solicitante <u>Juliana</u>            | Data <u>25/10/24</u>                             |  |  |                                    |     |     |
| Origem: <u>Cebol.</u>   |   | X <u>Roxinhas</u>                                   |  | X                                     |  |  |  |                                    |     |     |
| Nome: <u>Washington Sozinha Gomes</u>   |   | Idade _____   |  | Contato: _____                        |  |  |  |                                    |     |     |
| Sexo <input type="checkbox"/> Masculino   |   | <input type="checkbox"/> Feminino                   |  | Nº CARTEIRINHA <u>N/A</u>             |  |  |  |                                    |     |     |
| SUS / CONVENIO <u>N/A</u>   |   |   |  |                                       |  |  |  |                                    |     |     |
| Saída Base  | Origem  | Destino   |  | Destino                               |  | Chegada Base                           |  |                                    |     |     |
| km <u>165889</u>  | km <u>165923</u>                                    | km <u>165928</u>                                    | km                                     |                                       | km <u>165940</u>                                 |  |  |                                    |     |     |
| Hora <u>14:00</u>   | Hora Chegada <u>14:40</u>                           | Hora Chegada <u>15:15</u>                           | Hora Chegada                           |                                       | Hora <u>16:05</u>                                |  |  |                                    |     |     |
| Vista Origem <u>Leite de Aguiar</u><br><u>EP Laranjeira</u>   | Vista Destino <u>Assinatura</u>                     | Vista Destino <u>Assinatura</u>                     | Vista Destino                          |                                       |  |  |  |                                    |     |     |
| Neurológica   |   | <input type="checkbox"/> Lúcido                     | <input type="checkbox"/> Orientado     | <input type="checkbox"/> Conciente    | <input checked="" type="checkbox"/> Desorientado | <input type="checkbox"/> Inconsciente  |  |                                    |     |     |
| Pupilas   |   | <input type="checkbox"/> Isocóricas                 | <input type="checkbox"/> Anisocorica   | <input type="checkbox"/> Midriátrica  | <input type="checkbox"/> Miotica                 | <input type="checkbox"/> D ou E        | <input type="checkbox"/> É Maior       |                                    |     |     |
| Respiratória  |   | <input type="checkbox"/> Eupnéico                   | <input type="checkbox"/> Taquicardia   | <input type="checkbox"/> Braquicardia | <input type="checkbox"/> Apnéia                  | <input type="checkbox"/> Cheyne Stokes | <input type="checkbox"/> Biot          | <input type="checkbox"/> Kussmaul  |     |     |
| Circulatório  |   | <input type="checkbox"/> Pulso normocadiaco         | <input type="checkbox"/> Ritírmico     | <input type="checkbox"/> Arritmico    | <input type="checkbox"/> Dicrotico               | <input type="checkbox"/> Taquisfmgia   | <input type="checkbox"/> Brasisfmgia   | <input type="checkbox"/> Filiforme |     |     |
| Abdomem   |   | <input type="checkbox"/> Plano                      | <input type="checkbox"/> Globoso       | <input type="checkbox"/> Protuberante | <input type="checkbox"/> Escavado                | <input type="checkbox"/> Flácido       | <input type="checkbox"/> Em Avental    |                                    |     |     |
| Membros Superior  |   | <input type="checkbox"/> Alterados                  | <input type="checkbox"/> Não Alterados | Membros Inferiores                    |  | <input type="checkbox"/> Alterados     | <input type="checkbox"/> Não Alterados |                                    |     |     |
| Sinais Vitais   |   |   |  |                                       |  |  |  |                                    |     |     |
| HORA  | PA  | FC  | FR                                     | GLASGOW                               | TEMP   | Sat O2                                 | Hgt                                    |                                    |     |     |
|   |   |   |  |                                       |  |  |  |                                    |     |     |
| Abertura ocular   |   | Resposta Verbal                                     |  |                                       |  | Resposta Motora                        |  |                                    |     |     |
| <input type="checkbox"/> Espontânea 4   | <input type="checkbox"/> Orientada 5                | <input type="checkbox"/> Obdece comandos 6          |  |                                       |  |  |  |                                    |     |     |
| <input type="checkbox"/> voz 3  | <input type="checkbox"/> Confusa 4                  | <input type="checkbox"/> Localiza Dor 5             |  |                                       |  |  |  |                                    |     |     |
| <input type="checkbox"/> A dor 2  | <input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3      | <input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4   |  |                                       |  |  |  |                                    |     |     |
| <input type="checkbox"/> Nenhuma 1  | <input type="checkbox"/> Palavras Incomprêencivas 2 | <input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3           |  |                                       |  |  |  |                                    |     |     |
|   | <input type="checkbox"/> Nenhuma 1                  | <input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2         |  |                                       |  |  |  |                                    |     |     |
|   |   | <input type="checkbox"/> 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 <u>Manoel M. Soares</u>  |   |   |  |                                       |  |  | assinatura <u>BB</u>                   |                                    |     |     |
| RG/CPF <u>10.909.580-1</u>  |   |   |  |                                       |  |  |  |                                    |     |     |

# Observações Médicas / Enfermeiros

Equipe de Resgate do Sítio Washington  
 Souza Júnior para resolução da  
 Dor de NE, Sore de Vírgula em anca e dor  
 nas costas. Photo com o Reanis da Casa segue  
 seu intérrogio.

Elaangela de Lima Faria  
 Técnica Enfermagem  
 COREN-SP 439703

## Materiais Utilizados

REAL VIDAS

| Pedagios |              | Qual  | Refeição / Lanche    | Sim | Não |
|----------|--------------|---|----------------------|-----|-----|
| 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 |     |     |

|                           |
|---------------------------|
| <b>Médico Responsável</b> |
| Data _____/_____/_____    |

|  |
|--|
| <b>Enfermagem Responsável</b>                                    |
| Elaangela de Lima Faria<br>Técnica Enfermagem<br>COREN-SP 439703 |
| Data 25/11/24  |

|                            |
|----------------------------|
| <b>Condutor Socorrista</b> |
| Gabriel da Silva           |
| Data 25/11/24              |