

# Ficha de Acompanhamento

<input 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 type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR		<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT	

<b>Tipos de Exames</b>	<input type="checkbox"/> CATE	<input type="checkbox"/> TOMO	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM		
	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT/TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.	Outros	

EMPRESA M. SOLVA Solicitante Data 19.02.24

Origem: 11. Polyclin. 55C. x 17. Polyclin. 95040 x

Nome: VANESSA HONRA DO SILVA C. Idade 32. Contato:

Sexo  Masculino  Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA 00524000368050028

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>36270</u>	km <u>36275</u>	km <u>36347</u>	km
<u>36205</u>	Hora Chegada <u>19:40</u>	Hora Chegada <u>20:23</u>	Hora Chegada <u>21:30</u>	
Hora	Hora Saida <u>20:19</u>	Hora Saida <u>20:30</u>	Hora Saida	Hora
	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	
	<u>18:45 - Vilma</u> <u>475052</u>	<u>Bar</u>		

Neurológica  Lúcido  Orientado  Conciente  Desorientado  Inconsciente

Pupilas  Isocôricas  Anisocoria  Midriátrica  Miotica  D ou E  É Maior

Respiratória  Eupnéico  Taquicardia  Braquicardia  Apnéia  Cheyne Stokes  Biot  Kussmaul

Circulatório  Pulso normocadiaco  Ritímico  Arritmico  Dicrotico  Taquisfmgia  Brasisfgmia  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>20:19</u>	<u>160x98</u>	<u>90</u>	<u>21</u>	<u>15</u>	<u>37.0</u>	<u>96</u>	

### Abertura ocular

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

### Resposta Verbal

- Orientada 5
- Confusa 4
- Palavras Improórias 3
- Palavras Incomprêencivas 2
- Nenhuma 1

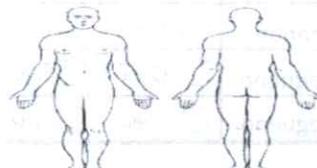
### Resposta Motora

- Obdece 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

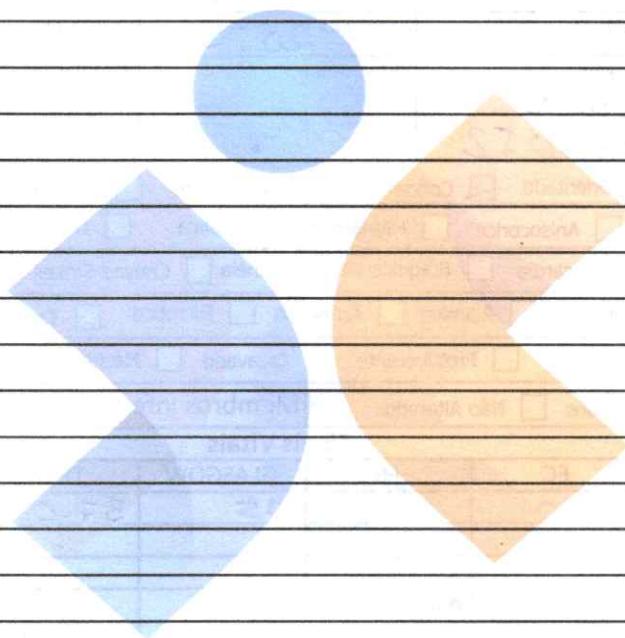
Nome

assinatura

RG/CPF

# Observações Médicas / Enfermeiros

Realizou Transporte do paciente com suspeita de síndrome da Hép, paciente realizou corte cutâneo as 17 hrs, (apo) dia 32 feridas associadas a sangramento durante a cura, atualmente com diminuição da diurese, exames laboratoriais com alteração no TGO e TGP, PA com variáveis, contagem de plaquetas 50 mil, realizados Transporte com paciente sem intubação, linf.



## 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	<u>Jair 249464</u>
Data	<u>17/01/17</u>

Enfermagem Responsável	<u>lif.</u>
Data	<u>17/01/17</u>

Condutor Socorrista	<u>Jair</u>
Data	<u>17/01/17</u>