

# 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** D. PINHA

**Solicitante**

Andrea

**Data** 22/04/23

**Origem:** CAMP 20 Pomeranha x

x

**Nome:** \_\_\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_\_ **Contato:** \_\_\_\_\_

**Sexo**  Masculino    Feminino

**SUS / CONVENIO**

**Nº CARTEIRINHA**

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>23652</u>	km	km	km
<u>23649</u>	Hora Chegada <u>07:40</u>	Hora Chegada	Hora Chegada	
Hora	Hora Saida <u>14:30</u>	Hora Saida	Hora Saida	Hora
	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	
	<u>07:30</u>			

**Neurológica**  Lúcido    Orientado    Conciente    Desorientado    Inconsciente

**Pupilas**  Isocôricas    Anisocôrica    Midriátrica    Miotica    D ou E    É Maior

**Respiratória**  Eupnéico    Taquicardia    Braquicardia    Apnéia    Cheyne Stokes    Biot    Kussmaul

**Circulatório**  Pulso normocadiaco    Ritímico    Arritmico    Dicrotico    Taquisfmgia    Brasismgia    Filiforme

**Abdomem**  Plano    Globoso    Protuberante    Escavado    Flácido    Em Avental

**Membros Superior**  Alterados    Não Alterados   **Membros Inferiores**  Alterados    Não Alterados

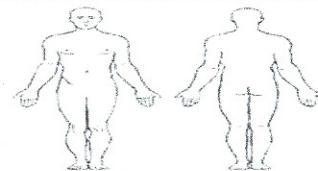
## Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

Abertura ocular	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										

TRAUMA	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 ambulância e médicos verbalmente sobre o quadro clínico do paciente.

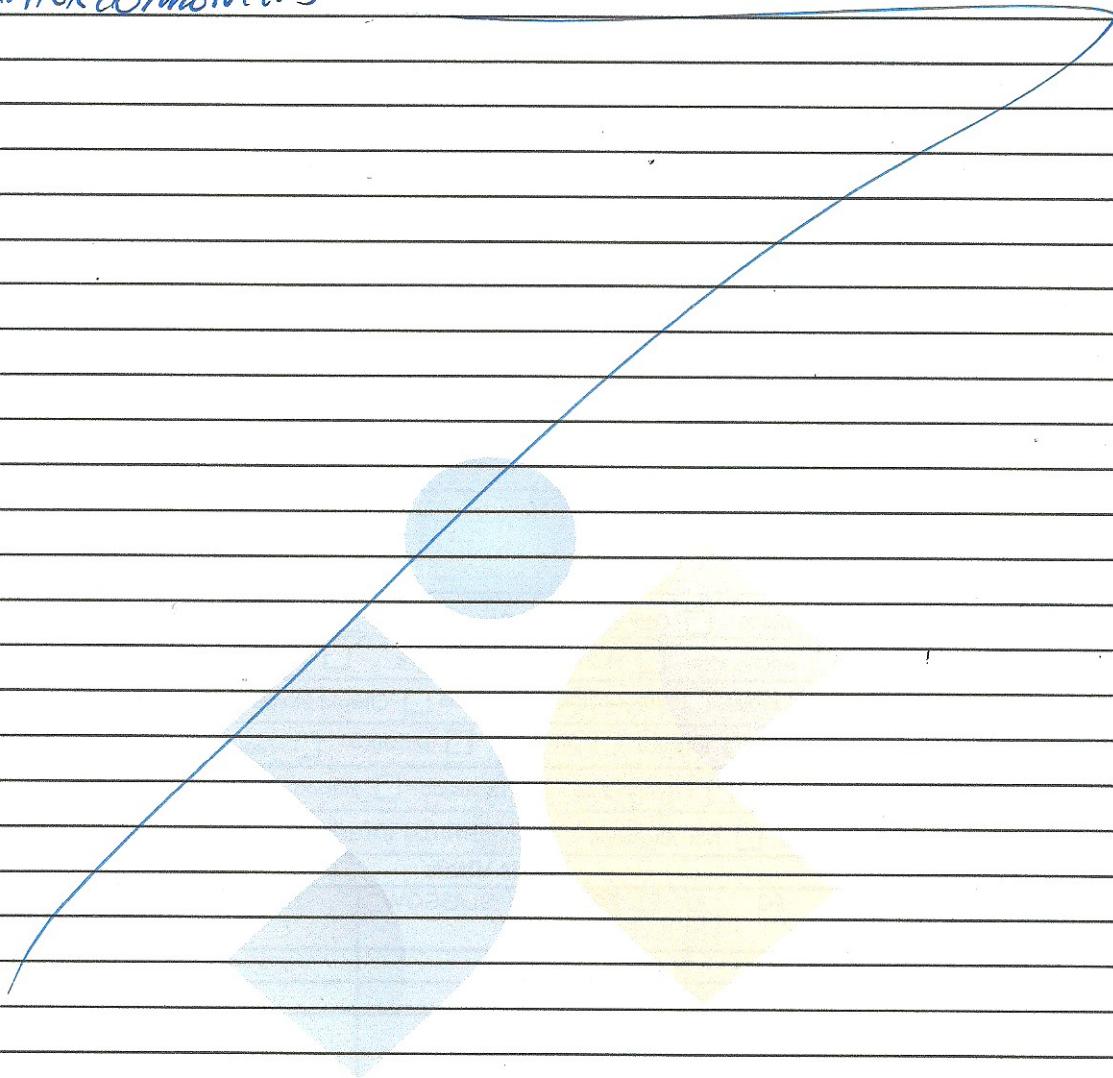
Estou ciente e orientado do quadro clínico do paciente para transporte e dos riscos envolvidos no transporte, podendo o paciente apresentar quadro clínico de instabilidade durante o percurso.

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

S/I intercorrências



## Materiais Utilizados

100% de 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 - Pegueno	<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

22/04/23