

# 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 CASSIF

Solicitante

Alessandro A SohuvanData 16/08/23Origem: Pronto A. da Lourdes x H. Pio XI XIdade 83

Contato:

Nome: José Luizino da BiassiSexo  Masculino FemininoNº CARTEIRINHA 030 00500 5520 00 07

SUS / CONVENIO

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>139 471</u>	km <u>139 523</u>	km <u>139 582</u>	km
<u>139 438</u>	Hora Chegada <u>09:10</u>	Hora Chegada <u>09:30</u>	Hora Chegada <u>10:37</u>	
Hora	Hora Saída <u>08:20</u>	Hora Saída <u>09:30</u>	Hora Saída	Hora
<u>7:10</u>	Visto Origem <u>Alexandre Cesario ENFERMEIRO COREN SP 338644</u>	Vista Destino	Vista Destino	

Neurológica  Lúcido  Orientado  Conciente  Desorientado  InconscientePupilas  Isocóricas  Anisocorica  Midriátrica  Miotica  D ou E  É MaiorRespiratória  Eupnélico  Taquicardia  Braquicardia  Apnéia  Cheyne Stokes  Biot  KussmaulCirculatório  Pulso normocadiaco  Ritimico  Arritmico  Dicrotico  Taquisfmgia  Brasismgia  FiliformeAbdomem  Plano  Globoso  Protuberante  Escavado  Flácido  Em AventalMembros Superior  Alterados  Não Alterados      Membros Inferiores  Alterados  Não Alterados

## Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
<u>110x76</u>	<u>65</u>	<u>20</u>	<u>16</u>	<u>36.40</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

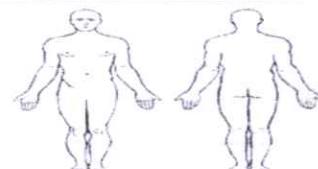
## Resposta Motora

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

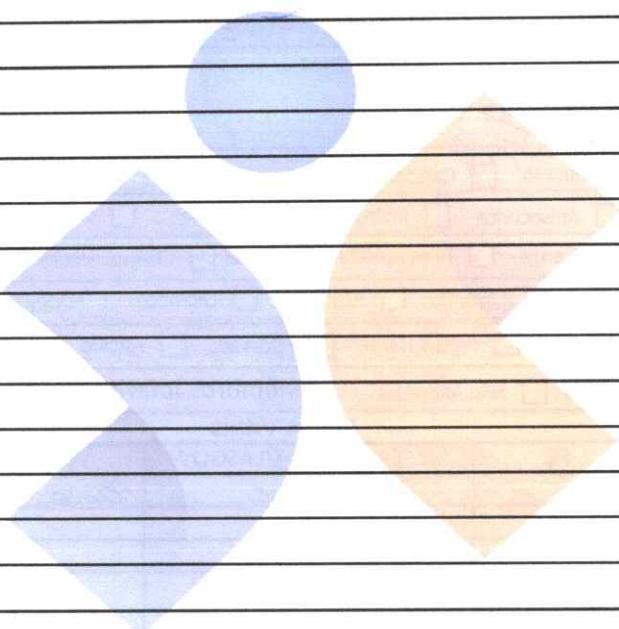
RG/CPF

## Observações Médicas / Enfermeiros

Romêto do bairro José Urbano da PA de Senhor do Bonfim para  
H. Rio x II sem inconveniente

DD 10/08/23

Realizadas Rmadas pacien calmo sem sintos comivitios, sem utimais  
pacas platinas



## 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 - Pegueno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	

Médico Responsável 10:15  
Data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Enfermagem Responsável  
Suziana  
Data 76/08/23

Condutor Socorrista  
Data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_