

# 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 CASA DA VIDA   Solicitante CAROL   Data 07.02.23

Origem: H. JOSE SUCO.   X

Nome: Maria Cristina Los   Idade 64   Contato:

Sexo  Masculino    Feminino

SUS / CONVENIO UNIMED-PINOS   Nº CARTEIRINHA 00576 000066618005

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>127146</u>	km <u>127150</u>	km <u>127153</u>	km
<u>14:00</u>	Hora Chegada <u>14:15</u>	Hora Chegada <u>14:37</u>	Hora Chegada <u>15:00</u>	
Hora	Hora Saída <u>14:20</u>	Hora Saída <u>14:38</u>	Hora Saída	Hora
	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	
	<u>127146</u>			

Neurológica    Lúcido    Orientado    Conciente    Desorientado    Inconsciente

Pupilas    Isocôricas    Anisocorica    Midriátrica    Miotica    D ou E    É Maior !

Respiratória    Eupnéico    Taquicardia    Braquicardia    Apnéia    Cheyne Stokes    Biot    Kussmaul

Circulatório    Pulso normocadiaco    Ritímico    Arritmico    Dicrotico    Taquisfmgia    Brasisfmgia    Filiforme

Abdomem    Plano    Globoso    Protuberante    Escavado    Flácido    Em Avental

Membros Superior    Alterados    Não Alterados   Membros Superior    Alterados    Não Alterados

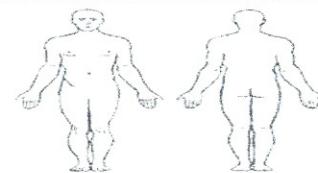
## Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motoria
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4	<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5	<input checked="" 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 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 Fátima Fábio Oliveira  
RG/CPF 14093910-6

assinatura [Assinatura]

## Observações Médicas / Enfermeiros

Recomendações sem Interconexões

*[Signature]*

## Materiais Utilizados

*INTERAVIDAS*

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