

# 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 M. SAVVASolicitante IgorData 29/03/23

Origem:

X

X

Nome: Alfonso Lito Fontana

Idade \_\_\_\_\_

Contato: \_\_\_\_\_

Sexo  Masculino FemininoSUS / CONVENIO SUL AMERICANONº CARTEIRINHA 00023000490890118.

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>136308</u>	km <u>136310.</u>	km <u>136364</u>	km
<u>136247</u>	Hora Chegada <u>02:42.</u>	Hora Chegada <u>03:18</u>	Hora Chegada <u>04:45</u>	
Hora	Hora Saída <u>03:08</u>	Hora Saída <u>03:30</u>	Hora Saída	Hora
	Visto Origem <u>01:30</u>	Vista Destino <u>Luana de Oliveira Abreu</u> <u>REN/SP 544.831-ENF</u>	Vista Destino	

Neurológica  Lúcido  Orientado  Conciente  Desorientado  InconscientePupilas  Isocôricas  Anisocorica  Midriátrica  Miotica  D ou E  É MaiorRespiratória  Eupnéico  Taquicardia  Braquicardia  Apnéia  Cheyne Stokes  Biot  KussmaulCirculatório  Pulso normocadiaco  Ritímico  Arritmico  Dicrotico  Taquisfmgia  Brasifgmia  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

## 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

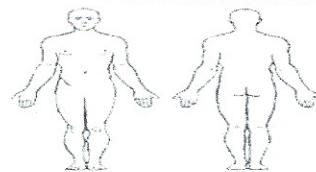
## Resposta Motora

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 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 Bruna Vitória m. l. Fontana  
RG/CPF 37824183-7

assinatura

## Observações Médicas / Enfermeiros

01:30h saída para transferência RN de SJC x SJC.

03:08h Chegada no Hospital São José das ~~Jo~~ - RN Alfonso L.F. 27 dias de vida; alive  
recém nascido, A.A. PPD MSE salinizadas, febre 37,8°C m/altas an 2h. Ocomodo da incubadora (acompanhadas da mãe).  
Resultados ex. lab + leuc. se que o compõe m/hoas aq. mal. transferência sem  
intercorrência. Pw. Dm. Dm da ocom  
panhou transferência.

03:18h Cheg. Hosp. São José. Ocomodo  
ao quanto 230 maternidades, pano  
de latas pl. euf. Janira e Ethel  
Resultados ex. lab + leuc. se que o compõe  
m/hoas aq. mal. transferência sem  
intercorrência. Pw. Dm. Dm da ocom  
panhou transferência.

Maria Rita  
Enf. Supervisora  
COREN 301152 SP

Transferência neonatal de SJC x SJC

Sem intercorrência

*Marcelo Aguiar*  
CRM 149926

## Materiais Utilizados

CREATE AL 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
<i>[Assinatura]</i>
Data 29/03/23

Enfermagem Responsável
<i>[Assinatura]</i>
Data 29/03/23

Condutor Socorrista
Data ____/____/____

29/03/23