

Ficha de Acompanhamento

☒ BÁSICA ☐ UTI ADULTO ☐ UTI INFANTIL ☐ UTI NEO ☐ UTI ÁREA ☐ EVENTOS ☐ PARTICULAR ☐ APH
☒ EXAMES ☐ TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR ☐ ALTA HOSPITALAR ☐ INTERNAÇÃO ☐ SIV - INT

Tips de Exames

☐ CATE ☐ TOMO ☐ RX ☐ CPRS ☐ PET SCAM
☐ GTT ☐ TOT /TQM ☐ US ☐ RMN ☐ T. C . HIPER. Outros

EMPRESA U COCA PAVA Solicitante RECEPCÃO Data 20.04.24

Origem: #CACADAVA x CYNICA VIDA x H.CACADAVA

Nome: ELAINE CRISTINA PEDRO TOLEDO Idade: 35 Contato: 91 9963-1000

Sexo ☐ Masculino ☒ Feminino

SUS / CONVENIO Unimed Nº CARTEIRINHA 0044506264032056

| Saída Base | Origem | Destino | Destino | Chegada Base |
|------------|---------------------------|--------------------|----------------------------|--------------|
| km | km 151148 | km 7.50151 | km 151159 | km |
| 151103 | Hora Chegada 06:24 | Hora Chegada 06:35 | Hora Chegada 07:05 | 151201 |
| Hora | Hora Saída 06:30 | Hora Saída 7:00 | Hora Saída 07:10 | Hora |
| 05145 | Visto Origem maior omo | Vista Destino | Vista Destino maior omo | 08.05 |

Neurológica ☒ Lúcido ☒ Orientado ☒ Conciente ☐ Desorientado ☐ Inconsciente

Pupilas ☒ Isocóricas ☐ Anisocórica ☐ Midríátrica ☐ Miotica ☐ D ou E ☐ É Maior

Respiratória ☒ Eupnéico ☐ Taquicardia ☐ Braquicardia ☐ Apnéia ☐ Cheyne Stokes ☐ Biot ☐ Kussmaul

Circulatório ☒ Pulso normocardiaco ☐ Ritimico ☐ Arritmico ☐ Dicrotico ☐ Taquissfimia ☐ Brasisfimia ☐ Filiforme

Abdomem ☒ Plano ☐ Globoso ☐ Protuberante ☐ Escavado ☐ Flácido ☐ Em Avental

| Membros Superior | | | Membros Inferiores | | | | |
|--------------------------|-----------|--------------------------|--------------------|--------------------------|-----------|--------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | Alterados | <input type="checkbox"/> | Não Alterados | <input type="checkbox"/> | Alterados | <input type="checkbox"/> | Não Alterados |

Sinais Vitais

| HORA | PA | FC | FR | GLASGOW | TEMP | Sat O2 | Hgt |
|------|--------|----|----|---------|------|--------|-----|
| | 120x76 | 76 | 21 | 75 | 36.6 | 92.1 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Abertura ocular

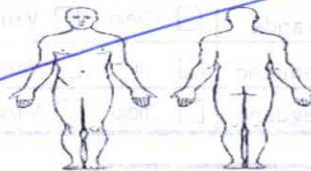
☒ Espontânea 4
☐ voz 3
☐ A dor 2
☐ Nenhuma 1

Resposta Verbal

☒ Orientada 5
☐ Confusa 4
☐ Palavras Improórias 3
☐ Palavras Incomprêncivas 2
☐ Nenhuma 1

Resposta Motora

☒ Obdece comandos 6
☐ Localiza Dor 5
☐ Movimentos de retardia 4
☐ Flexão Anormal 3
☒ Extensão Anormal 2
☐ Nenhuma

[illegible][illegible]

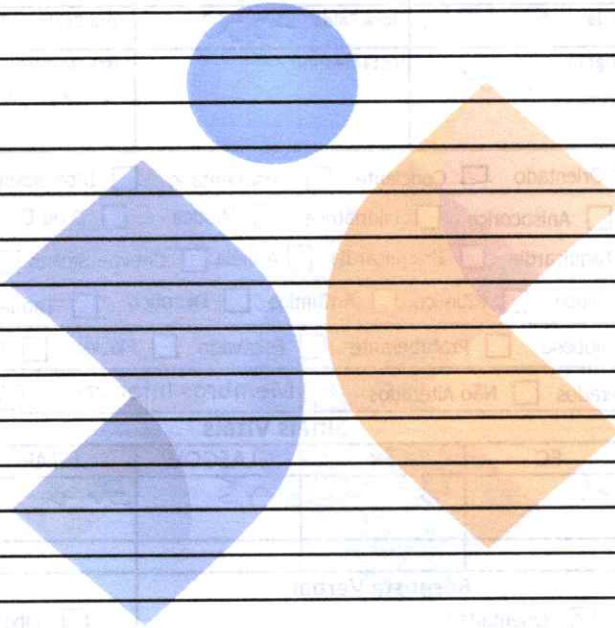
Consentimento para transporte de Pacientes

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

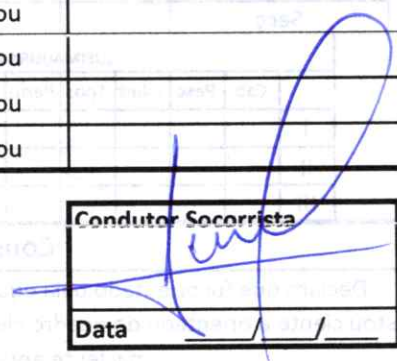
paciente calma, orientado, responde a perguntas, mantendo AVP em MSE, encaminhado para clínica para realização de exame de imagem, sem intercorrências.



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 Data ____/____/____ | Enfermagem Responsável  Data 20/04/19 | Condutor Socorrista  Data ____/____/____ |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|