

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 ☐ Outros
☐ GTT ☐ TQT /TQM ☐ US ☐ RMN ☐ T. C. HIPER.

EMPRESA U. V. CACAPAVA Solicitante _____ Data 22/03/24

Origem: Unimed Cacapava - Capog x

Nome: Fernando Nogueira Idade 34 Contato: _____

Sexo ☒ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO _____ Nº CARTEIRINHA _____

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
<u>149.294</u>	<u>149.340</u>	<u>149.337</u>		
Hora	Hora Chegada	Hora Chegada	Hora Chegada	
	<u>14:06</u>	<u>14:53</u>		<u>149.433</u>
	Hora Saída	Hora Saída	Hora Saída	Hora
	<u>14:40</u>	<u>15:43</u>		
	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	
<u>13:39</u>				<u>16:17</u>

Neurológica ☒ Lúcido ☐ Orientado ☐ Conciente ☐ Desorientado ☐ Inconsciente

Pupilas ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Midriática ☐ Miotica ☐ D ou E ☐ É Maior

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

Circulatório ☒ Pulso normocardiaco ☐ Ritímico ☐ Arritmico ☐ Dicrotico ☐ Taquissfmgia ☐ Brasisfmgia ☐ 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

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

Resposta Verbal

☒ Orientada 5
☐ Confusa 4
☐ Palavras Impropias 3
☐ Palavras Incompreensivas 2
☐ Nenhuma 1

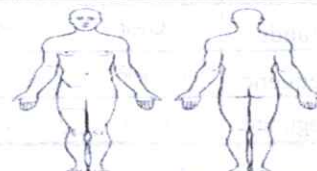
Resposta Motora

☒ Obedece 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

Paciente BEG, LOP Glasgow 15, durante prática de atividade física apresentou distúrbio, e hemiparesia lado @ e volúndade para perda de força muscular realizado TC de crânio que evidenciar AVCi, realizado transporte sem intercorrências.

Materiais Utilizados

Oxigênio	01 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso	Quanto Bar Utilizou	
	02 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso	Quanto Bar Utilizou	
	03 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso	Quanto Bar Utilizou	
	04 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso	Quanto Bar Utilizou	

Médico Responsável

Briat

Data ____/____/____

Enfermagem Responsável

[Assinatura]

Data ____/____/____

Condução Socorrista

Luiz

Data ____/____/____