

# 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 P. S. S. J. BARREIRO Solicitante \_\_\_\_\_ Data 12.04.24

Origem: S. CASA CRUZES x H. R. V. P. x S. CASA CRUZES

Nome: João - Oliveira Diniz de Souza Idade 23 Contato: \_\_\_\_\_

Sexo ☒ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO NI Nº CARTEIRINHA NI

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
<u>39310</u>	<u>39424</u>	<u>39517</u>	<u>39680</u>	<u>39689</u>
Hora	Hora Chegada	Hora Chegada	Hora Chegada	Hora
	<u>05:21</u>	<u>06:30</u>	<u>09:24</u>	
	Hora Saída	Hora Saída	Hora Saída	
	<u>05:31</u>	<u>08:25</u>	<u>09:30</u>	
	Visto Origem	Visto Destino	Visto Destino	
<u>03:50</u>	<u>84. morado</u> <u>705224</u>	<u>738348</u>		<u>10:00</u>

Neurológica ☐ Lúcido ☒ Orientado ☒ Conciente ☐ Desorientado ☐ Inconsciente

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

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

Circulatório ☒ Pulso normocardiaco ☐ Rítmico ☐ Arritmico ☐ Dicrotico ☐ Taquisfmgia ☐ Bradisfmgia ☐ 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
	<u>120 x 76</u>	<u>72</u>	<u>24</u>	<u>15</u>	<u>36.6</u>	<u>99.1</u>	

## 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

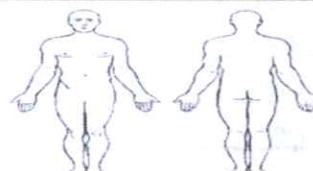
## Resposta Motora

- ☒ 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

Realizado transporte do paciente da Santa Casa de Guajará para o H. Regional de Curitiba, local Cross. Paciente consciente orientado, sem acesso venoso, vítima de queda de moto com fratura do osso temporal com extensão para mastóide, com velamento de células do mastóide e da cavidade timpânica, mantendo imobilização de braço D com tala, segue sem intubação. anf.  
Retornamos com o paciente para Santa Casa de Guajará, após avaliação do neuro, retornamos sem intubação. anf.

## Materiais Utilizados

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

Conductor Socorrista

Data