

# 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**

<input type="checkbox"/> CATE	<input type="checkbox"/> TOMO	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM
<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT / TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.

Outros

**EMPRESA***P. Guaya -***Solicitante**Data *18.04.22***Origem:**

X

X

**Nome:** *João M.S.***Idade****Contato:****Sexo** Masculino Feminino**SUS / CONVENIO****Nº CARTEIRINHA**

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <i>128784</i>	km	km	km
<i>128742</i>	Hora Chegada <i>12:45</i>	Hora Chegada	Hora Chegada	<i>128.825</i>
Hora	Hora Saida <i>20:20</i>	Hora Saida	Hora Saida	Hora
<i>12:09</i>	Visto Origem <i>Jorge</i>	Vista Destino	Vista Destino	<i>21:10</i>

Neurológica  Lúcido  Orientado  Conciente  Desorientado  Inconsciente

Pupilas  Isocôricas  Anisocorica  Midriátrica  Miotica  D ou E  É Maior

Respiratória  Eupnêico  Taquicardia  Braquicardia  Apnéia  Cheyne Stokes  Biot  Kussmaul

Circulatório  Pulso normocadiaco  Ritímico  Arritmico  Dicrotico  Taquisfmgia  Brasifgmia  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 Improórias 3
- Palavras Incompréhencivas 2
- Nenhuma 1

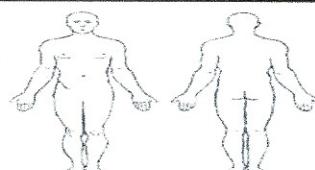
**Resposta Motora**

- 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 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

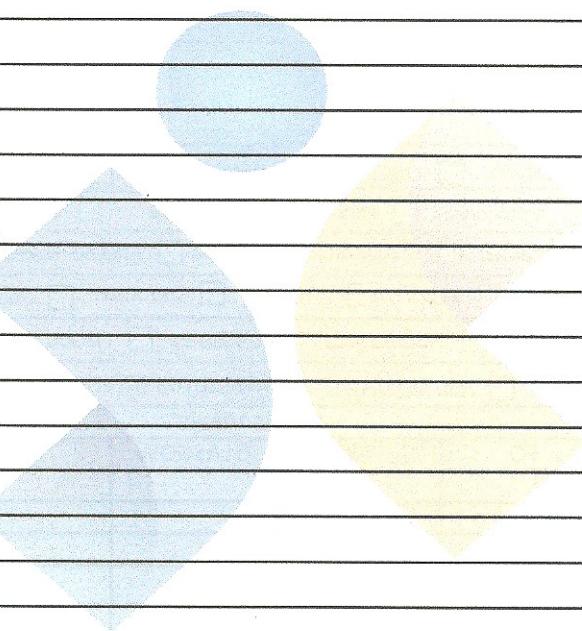
Nome

RG/CPF

assinatura

# Observações Médicas / Enfermeiros

Paulo Bonatti - RG 3730994, Curitiba - PR MIE  
Tec. Anderson COREN: 1185374



## Materiais Utilizados

1 Atadura 10cm, 1 Pc gazez, 20cm Micropellex

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 - Pegueno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	

Médico Responsável

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Enfermagem Responsável

Anderson F. de Souza  
coren 1185321

Data 18/04/23

Condutor Socorrista

Douglas  
Data 18/04/23