

## Ficha de Acompanhamento

<input type="checkbox"/> BÁSICA	<input type="checkbox"/> UTI ADULTO	<input type="checkbox"/> UTI INFANTIL	<input type="checkbox"/> UTI NEO	<input type="checkbox"/> UTI ÁREA	<input checked="" type="checkbox"/> EVENTOS	<input type="checkbox"/> PARTICULAR	<input type="checkbox"/> APH
<input type="checkbox"/> EXAMES	<input type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR		<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR		<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT	

Tipos de Exames  CATE  TOMO  RX  CPRS  PET SCAM  
 GTT  TOT / TQM  US  RMN  T. C. HIPER.

Outros

EMPRESA Brasília Verde Solicitante \_\_\_\_\_ Data 18/05/2014

Origem: CEMETO x

Nome: \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_

Sexo  Masculino

Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>43.123</u>	km <u>43.123</u>	km	km
<u>43.109</u>	Hora Chegada <u>08:03</u>	Hora Chegada	Hora Chegada	<u>43.180</u>
Hora	Hora Saída	Hora Saída <u>12:53</u>	Hora Saída	Hora
<u>07:26</u>	Visto Origem <u>B</u>	Vista Destino <u>D</u>	Vista Destino	<u>13:15</u>

Neurológica  Lúcido  Orientado  Conciente  Desorientado  Inconsciente

Pupilas  Isocôricas  Anisocôrica  Midriátrica  Miotica  D ou E  É Maior

Respiratória  Eupnéico  Taquicardia  Bradicardia  Apnéia  Cheyne Stokes  Biot  Kussmaul

Circulatório  Pulso normocadiaco  Ritímico  Arritmico  Dicrotico  Taquifgmia  Brasisfgmia  Filiforme

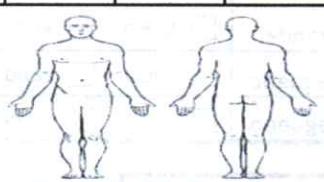
Abdomem  Plano  Globoso  Protuberante  Escavado  Flácido  Em Avental

Membros Superior  Alterados  Não Alterados Membros Inferiores  Alterados  Não Alterados

## Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

TRAUMA	Descrição	Resposta Verbal					Resposta Motora				
		Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie	
	Escoriação										
	Cont										
	Ferim										
	Luxa										
	Frat										
	Lace										
	Secç										

TRAUMA	QUEIMADURAS										
	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perin	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	assinatura
RG/CPF	

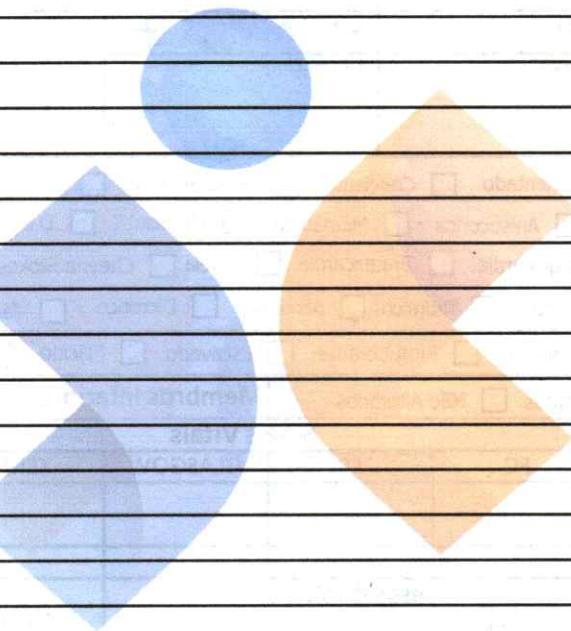
# Observações Médicas / Enfermeiros

Hora de chegada 8:03

Evento Realizado 12:53

Realizado evento no CE. Zito, sem in  
tercorrências

Mônica M. Strasse  
Enfermeira  
COREN 370176



## 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

Luis Henrique

CRM 199941

Data 18/05/24

Enfermagem Responsável

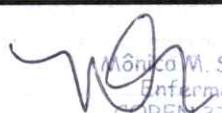
Jessica de Moura Viana

Enfermeira

COREN-SE 689657

Data 18/05/24

Condutor Socorrista

  
Mônica M. Strasse  
Enfermeira  
COREN 370176

18/05/24