

Ficha de Acompanhamento

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

Tipos de Exames ☐ CATE ☐ TOMO ☐ RX ☐ CPRS ☐ PET SCAM ☐ T. C. HIPER. Outros TC
☐ GTT ☐ TQT/TQM ☐ US ☐ RMN

EMPRESA UNIMED CACAIAVA Solicitante RECUP Data 21.10.23

Origem: H. J. CACAIAVA x R. VIDA x H. CACAIAVA

Nome: TAIWA EUGEN BANDEIRA SILVA Idade 22 Contato: _____

Sexo ☐ Masculino ☒ Feminino

SUS / CONVENIO UNIMED. CACAIAVA Nº CARTEIRINHA 0045303152021538

| Saída Base | Origem | Destino | Destino | Chegada Base |
|--------------|--|---|---|--------------|
| km | km | km | km | km |
| <u>41657</u> | <u>141702</u> | <u>141710</u> | <u>141713</u> | |
| | Hora Chegada <u>00:12</u> | Hora Chegada <u>00:29</u> | Hora Chegada <u>00:46</u> | |
| Hora | Hora Saída <u>00:20</u> | Hora Saída <u>00:37</u> | Hora Saída | Hora |
| <u>23.12</u> | Visto Origem <u>Andressa Faria do E. Santos</u> <u>CCNEN-SP 692270</u> <u>Enfermeira</u> | Visto Destino <u>Valeria S. N.</u> <u>CCNEN-SP 1109973</u> | Visto Destino <u>Andressa Faria do E. Santos</u> <u>CCNEN-SP 692270</u> <u>Enfermeira</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 ☐ Rítmico ☐ Arritmico ☐ Dicrotico ☐ Taquisfmgia ☐ 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 Improórias 3
☐ Palavras Incompreêncivas 2
☐ Nenhuma 1

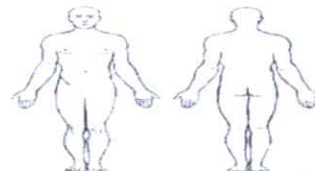
Resposta Motora

- ☐ Obcede 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 consciente, orientada, deambulando, eupneica, AVPMSD, veio acompanhada pela mãe, seguiu viagem de ida e volta sem intercorrências, o motivo da remoção foi TC crânio.

Angelita C. G. Araújo
tec. de Enfermagem
COREN-SP: 46252

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

Data

Enfermagem Responsável

Data

Conductor Socorrista

Data