

Ficha de Acompanhamento

os 763.

☐ 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 MED SAUA Solicitante _____ Data 05-01-24

Origem: H. Heli-clin SSC x Red. Dor x

Nome: JOHANNY NATHALY DOS SANTOS SILVA Idade _____ Contato: _____

Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO SUL AMERICA Nº CARTEIRINHA 88888481818270010

| Saída Base | Origem | Destino | Destino | Chegada Base |
|---------------|---------------|----------------|---------------|---------------|
| km | km | km | km | km |
| <u>144570</u> | <u>144633</u> | <u>144638</u> | <u>144643</u> | <u>144707</u> |
| Hora | Hora Chegada | Hora Chegada | Hora Chegada | Hora |
| | <u>07:10</u> | <u>08:25</u> | <u>09:04</u> | <u>10:30</u> |
| | Hora Saída | Hora Saída | Hora Saída | |
| | <u>08:15</u> | <u>08:45</u> | <u>09:22</u> | |
| | Visto Origem | Visto Destino | Visto Destino | |
| <u>06:00</u> | <u>Lara</u> | <u>Valeria</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 ☐ Ritimico ☐ 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

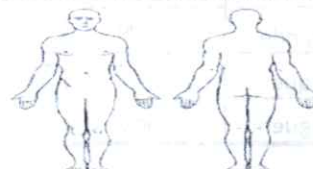
Resposta Motora

- ☐ 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

RM pré-termo + taquicardia, apresentou desconforto respiratório, transferido para UTI, onde foi estabilizado em uso de fisioterapia por bomba de infusão, sem oxigênio, flebotomia, em região ocular, dispositivo ventral duplo lúmen em m.50, SSUV FC=168; FR:49, Sat O₂: 98% em AA. Remoção realizada para pediculi em ambulância UTI ida/volta sem intercorrências.

Dr. Anderson B. S. Azevedo
Médico
CRM: 143467-SP

Paciente em bom Estado geral, as anotações, ativas e reativas sem intercorrências.

DR. ANDERSON B. S. AZEVEDO
MÉDICO
CRM: 143467-SP

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 Dr. Anderson B. S. Azevedo CRM: 143467-SP Data: 05/01/24 | Condutor Socorrista Data: ____/____/____ |
|---|---|--|