

# Ficha de Acompanhamento

OS

☒ 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 Prefeitura de Pinda  
 Solicitante Andressa  
 Data 15/07/23

Origem: \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ x

Nome: Letabol masculino  
 Idade \_\_\_\_\_  
 Contato: \_\_\_\_\_

Sexo ☐ Masculino  
 ☐ Feminino

SUS / CONVENIO \_\_\_\_\_  
 Nº CARTEIRINHA \_\_\_\_\_

| Saída Base    | Origem                    | Destino       | Destino       | Chegada Base      |
|---------------|---------------------------|---------------|---------------|-------------------|
| km            | km <u>130962</u>          | km            | km            | km <u>130966</u>  |
| <u>130959</u> | Hora Chegada <u>07:30</u> | Hora Chegada  | Hora Chegada  |                   |
| Hora          | Hora Saída <u>13:00</u>   | Hora Saída    | Hora Saída    | Hora <u>13:15</u> |
| <u>07:20</u>  | Visto Origem <u>Pinda</u> | Vista Destino | Vista Destino | <u>Pinda</u>      |

Neurológica  
 ☐ Lúcido  
 ☐ Orientado  
 ☐ Conciente  
 ☐ Desorientado  
 ☐ Inconsciente

Pupilas  
 ☐ Isocóricas  
 ☐ Anisocórica  
 ☐ Midrítrica  
 ☐ Miotica  
 ☐ D ou E  
 ☐ É Maior !

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

Circulatório  
 ☐ Pulso normocadiaco  
 ☐ Ritimico  
 ☐ Arritmico  
 ☐ Dicrotico  
 ☐ Taquissfmgia  
 ☐ 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 Incomprêncivas 2  
☐ Nenhuma 1

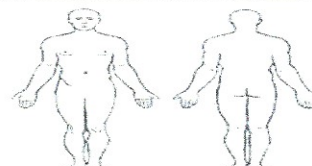
### Resposta Motora

- ☐ Obdece comandos 6  
☐ Localiza Dor 5  
☐ Movimentos de retardia 4  
☐ Flexão Anormal 3  
☐ Extensão Anormal 2  
☐ Nenhuma

| TRAUMA | Descrição  | Crã | 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

## 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 15/07/23

Condução Socorrista

Data 15/07/23