

# Ficha de Acompanhamento

OS

☐ 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   Outros  
☐ GTT   ☐ TQT /TQM   ☐ US   ☐ RMN   ☐ T. C. HIPER.

EMPRESA Prof AREIAS Solicitante \_\_\_\_\_ Data 26/05/20

Origem: SANTA CASA CRUZEIRO x Hosp. Universitário de Taubaté

Nome: STHELONY NELOISA FONSECA SILVA Idade 4 meses Contato: N/I

Sexo ☐ Masculino ☒ Feminino

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

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
<u>40959</u>	<u>41037</u>	<u>41127</u>		<u>40149</u>
Hora	Hora Chegada	Hora Chegada	Hora Chegada	Hora
	<u>18:37</u>	<u>20:17</u>		
	Hora Saída	Hora Saída	Hora Saída	
	<u>20:00</u>	<u>20:30</u>		
	Visto Origem	Visto Destino	Visto Destino	
<u>17:20</u>	 Mariana Ellen de Oliveira COREN-SP 740910-ENF	 Mariana Ellen de Oliveira CRM-SP 137.041		<u>21:19</u>

Neurológica ☒ Lúcido ☐ Orientado ☒ Conciente ☐ Desorientado ☐ Inconsciente

Pupilas ☒ Isocóricas ☐ Anisocórica ☐ 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
<u>20:20</u>	<u>-</u>	<u>120</u>	<u>22</u>	<u>15</u>	<u>-</u>	<u>95</u>	

## 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

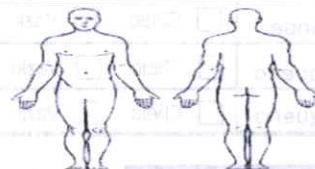
## Resposta Motora

☒ Obedece 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

Realizada transferência do paciente Redistribuição da  
Sonda Nasal de Oxigênio para Hospital Univer-  
sitária de Lauro de Freitas. Com HD: Interrupção de  
Intubação, foi para Avaliação Clínica. Pacie-  
nte apresentou ventilação de dióxido de  
carbono, SSV: FC 188, Sat: 96 — A

669657

Sem Interações medicamentosas

CRM: 49794

## Materiais Utilizados

REALVIDAS

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

Data

Condutor Socorrista

Data

669657  
26/05/24

Wesley Fernando  
26/04/24