

Ficha de Acompanhamento

☒ 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 J. CONG Solicitante Central Clínica Data 05.11.23

Origem: J. ARAZUELA x H. CE ROF. X

Nome: Clara AP. dos Santos Idade _____ Contato: _____

Sexo ☐ Masculino ☒ Feminino

SUS / CONVENIO _____ Nº CARTEIRINHA _____

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>142972</u>	km <u>142977</u>	km <u>143010</u>	km
<u>142929</u>	Hora Chegada <u>13:35</u>	Hora Chegada <u>13:55</u>	Hora Chegada <u>15:10</u>	
Hora	Hora Saída <u>13:45</u>	Hora Saída <u>14:20</u>	Hora Saída	Hora
<u>13:10</u>	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	

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 ☒ Ritímico ☐ 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>97%</u>	

Abertura ocular

☐ Espontânea 4
☒ voz 3
☒ A dor 2
☐ Nenhuma 1

Resposta Verbal

☐ Orientada 5
☐ Confusa 4
☐ Palavras Improprias 3
☐ Palavras Incompreensivas 2
☒ Nenhuma 1

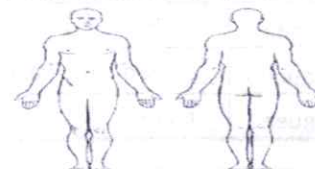
Resposta Motora

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

	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
TRAUMA	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

Paciente acamada, não responsiva, em uso de TET com máscara a 7L/min + STT preta e gazeamento + falda. Acompanha da pelo filho, transporte do domicílio para CEPOS sem intercorrências. — m

Enfermeira
BORGES 370.176

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