

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 ☐ TOT / TQM ☐ US ☐ RMN ☐ T. C. HIPER.

EMPRESA Município de Itapicuru Solicitante Promissão - atendimento Data 16/05/2014

Origem: Unidade de Pronto Atendimento de Itapicuru x Hosp. Regional SBC x

Nome: Wael de F. Jorge Mateo Idade 50 Contato: (12) 99660 5608

Sexo ☒ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
<u>152271</u>	<u>152343</u>	<u>152336</u>	<u>15.5</u>	<u>15.2509</u>
Hora	Hora	Hora	Hora	Hora
	<u>05:40</u>	<u>06:54</u>	<u>9</u>	
	<u>05:53</u>	<u>07:15</u>		
<u>04:34</u>	Vista Origem <u>Weslley F. Pereira</u> COREN-SP 165563/ENF	Vista Destino <u>Weslley F. Pereira</u> 280790	Vista Destino	<u>09:00</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
<u>05:45</u>	<u>140/70</u>	<u>85</u>	<u>18</u>	<u>15</u>	<u>36.0</u>	<u>98%</u>	
<u>06:15</u>	<u>139/85</u>	<u>65</u>	<u>15</u>	<u>15</u>	<u>-</u>	<u>96%</u>	
<u>06:40</u>	<u>169/94</u>	<u>72</u>	<u>15</u>	<u>15</u>	<u>-</u>	<u>94%</u>	

Abertura ocular

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

Resposta Verbal

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

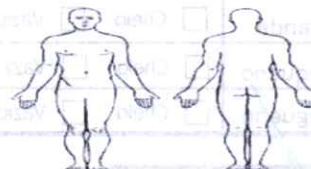
Resposta Motora

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

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 Rafaela Aparecida dos Santos Matos
 RG/CPF 30.586.355-1

assinatura

[Assinatura]

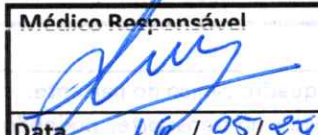
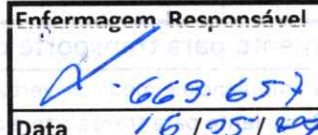
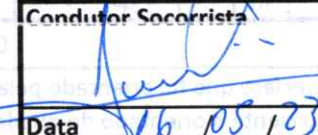
Observações Médicas / Enfermeiros

Realizada transferência da Hospital Santa Helena de Ipau do para Hospital Regional de JTC, por seu estado no dia 15/05 no período de manhã e da tarde, porém no período da tarde foi realizada transferência por meio de helicóptero. Paciente mantido-se consciente um pouco irritado, eupneico, normotenso. Respirando com dificuldade respirar trocaxitos + fadiga e fúria. O sistema de AVP em MNE Salina Zoda, Jato N: 20, 31 que por de baixo. Sinus brônquais 31 alterados, 31 intercalados durante a tração. N.D. importante. Paciente usa de drogas. 669.657. Nega alergia medicamentosa. 669.657.

Materiais Utilizados

REAL VIDAS

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 16/05/23	Enfermagem Responsável  Data 16/05/23	Condução Socorrista  Data 16/05/23
--	--	---