

# Ficha de Acompanhamento

OS

<input type="checkbox"/> BÁSICA	<input type="checkbox"/> UTI ADULTO	<input type="checkbox"/> UTI INFANTIL	<input type="checkbox"/> UTI NEO	<input type="checkbox"/> UTI ÁREA	<input type="checkbox"/> EVENTOS	<input type="checkbox"/> PARTICULAR	<input type="checkbox"/> APH
<input type="checkbox"/> EXAMES	<input type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR		<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR		<input type="checkbox"/> PET SCAM	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT

**Tipos de Exames**  CATE  TOMO  RX  CPRS  PET SCAM  
 GTT  TQT / TQM  US  RMN  T.C. HIPER. **Outros**

**EMPRESA** *D. Pinhas* **Solicitante** *Anabela* **Data** *24/09/24*

**Origem:** *DF Quartel*

**Nome:** *Corrida Reça* **Idade** \_\_\_\_\_ **Contato:** \_\_\_\_\_

**Sexo**  Masculino

Feminino

**SUS / CONVENIO**

**Nº CARTEIRINHA**

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <i>149551</i>	km <i>149561</i>	km	km
<i>149555</i>	Hora Chegada <i>04:10</i>	Hora Chegada <i>11:00</i>	Hora Chegada	
Hora	Hora Saida <i>11:00</i>	Hora Saida	Hora Saida	Hora
	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	
	<i>07:00</i>			

**Neurológica**  Lúcido  Orientado  Conciente  Desorientado  Inconsciente

**Pupilas**  Isocôricas  Anisocoria  Midriátrica  Miotica  D ou E  É Maior

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

**Circulatório**  Pulso normocadiaco  Ritímico  Arritmico  Dicrotico  Taquisfmgia  Brasisfgmia  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 Incomprêencivas 2
- Nenhuma 1

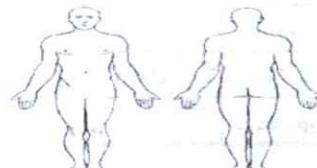
### Resposta Motora

- Obdece 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

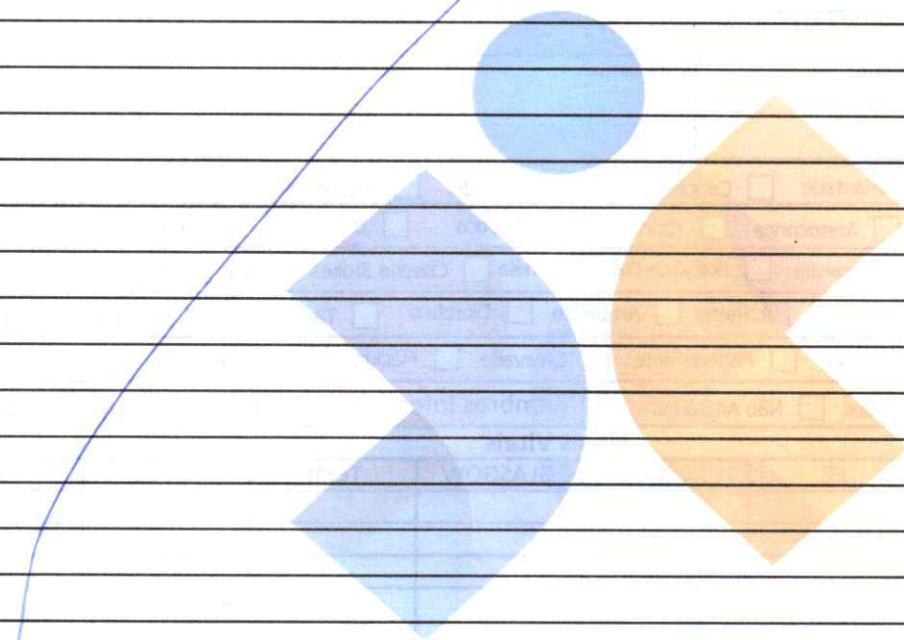
Nome

assinatura

RG/CPF

# Observações Médicas / Enfermeiros

Sem interconexão



## 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 - Pegueno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	

Médico Responsável

Mathewus

Data

/ /

Enfermagem Responsável

Wmacardim J.

Data

24/03/26

Condutor Socorrista

H. Cunha

Data

/ /