

Associação F. C. U. L. M. A.

OS

# 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** Prefeitura Pinda   **Solicitante** \_\_\_\_\_   **Data** 18/05/24

**Origem:** CE Zito   X   X

**Nome:** \_\_\_\_\_   **Idade** \_\_\_\_\_   **Contato:** \_\_\_\_\_

**Sexo**   ☐ Masculino   ☐ Feminino

**SUS / CONVENIO**

**Nº CARTEIRINHA**

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
<u>134126</u>	Hora Chegada	<u>134137</u>	<u>134137</u>	<u>134148</u>
Hora	Hora Saida	Hora Saida	Hora Saida	Hora
<u>07:43</u>	Visto Origem	Visto Destino	<u>13:00</u>	<u>13:17</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   ☐ 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

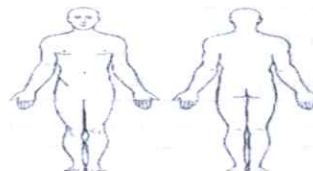
## Resposta Motora

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

TRAUMA	Descrição	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

Itinerário de chegada 8:02.

Evento realizado 12:53

Realizados eventos no campo CE Zito sem  
intercorrências.

Wagner de Sá  
601.917.

## Materiais Utilizados

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

Conductor Socorrista

Data