

# Ficha de Acompanhamento

<input type="checkbox"/> BÁSICA	<input checked="" type="checkbox"/> UTI ADULTO	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR		<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR		<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT	

Tipos de Exames	<input type="checkbox"/> CATE	<input type="checkbox"/> TOMO	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	
	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT / TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.	

Outros

EMPRESA CASSI

Solicitante

Data

Origem: Ribeirãox Jacareíx RibeirãoNome: Ana Elana

Idade

Contato:

Sexo  Masculino Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>139754</u>	km	km <u>139891</u>	km
<u>139732</u>	Hora Chegada <u>18:58</u>	Hora Chegada <u>20:20</u>	Hora Chegada <u>22:30</u>	
Hora	Hora Saída <u>18:10</u>	Hora Saída <u>20:28</u>	Hora Saída	Hora
<u>18:22</u>	Visto Origem <u>Saída Cristina Cursino</u> <u>auxiliar de Enfermagem</u> <u>Coren-SP 784.008</u>	Vista Destino	Vista Destino	
		<u>- rec. Helen</u>		

Neurológica  Lúcido  Orientado  Conciente  Desorientado  InconscientePupilas  Isocóricas  Anisocorica  Midriátrica  Miotica  D ou E  É MaiorRespiratória  Eupnéico  Taquicardia  Bradicardia  Apréia  Cheyne Stokes  Biot  KussmaulCirculatório  Pulso normocadiaco  Ritímico  Arritmico  Dicrotico  Taquisfmgia  Brasisfmgia  FiliformeAbdomem  Plano  Globoso  Protuberante  Escavado  Flácido  Em AventalMembros Superior  Alterados  Não Alterados Membros Inferiores  Alterados  Não Alterados

## Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
<u>90x65</u>	<u>72</u>	<u>25</u>	<u>14/15</u>	<u>36,5</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 Incomprêencivas 2
- Nenhuma 1

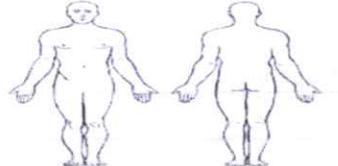
## Resposta Motora

- 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

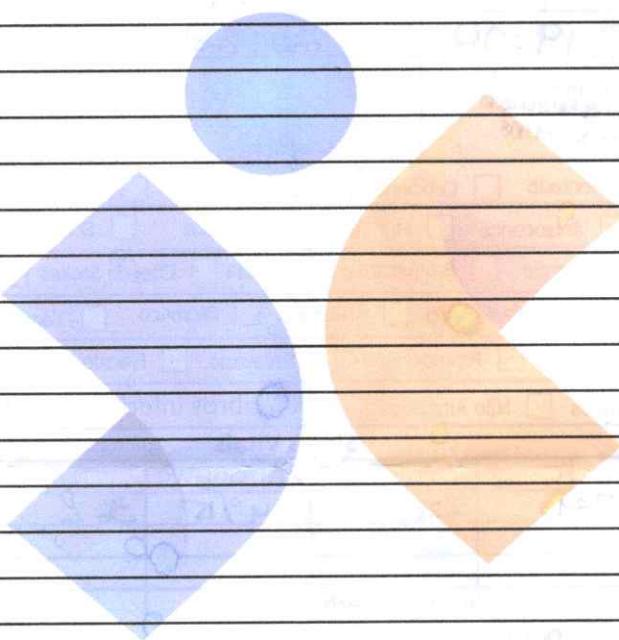
assinatura

RG/CPF

## Observações Médicas / Enfermeiros

Remoção UTI pediátrica. Pac c/ pneumotax c/ dreno torácico em solo d'água apresentou hipoxia durante o trajeto, resolvida com aumento do fluxo de O<sub>2</sub>. Sem outras intercorrências.

Realizado transporte da UTI pediátrica para hospital Polimar para o hospital São Lucas viagem dependente de O<sub>2</sub> 10 ml/l. Transporte com intubação, escamoteado para UTI pediátrica da viagem. — inf.



## 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	

Dra Heloisa H Toledo de Lima

**Médico Responsável**  
M 77020  
Medica Esp. S. Família

*[Signature]*

Data   /  /  

**Enfermagem Responsável**

*[Signature]*  
Data 27/08/22

**Condutor Socorrista**

Data   /  /