

Ficha de Acompanhamento

<input type="checkbox"/> BÁSICA	<input checked="" type="checkbox"/> UTI ADULTO	<input type="checkbox"/> UTI INFANTIL	<input type="checkbox"/> UTI NEO	<input type="checkbox"/> UTI ÁREA	<input checked="" 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"/> CPRS	<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 Governo da Paraíba Solicitante Data 21/04/24

Origem: Pindé - Parque da cidade x

Nome: Genivaldo Idade 45 Contato:

Sexo Masculino

Feminino

SUS / CONVENIO

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>40454</u>	km <u>40468.</u>	km	km
<u>40453</u>	Hora Chegada <u>07:00</u>	Hora Chegada <u>10:00</u>	Hora Chegada	<u>40469.</u>
Hora	Hora Saída	Hora Saída	Hora Saída	Hora
	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	<u>10:10</u>
<u>06:50</u>				

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado Inconsciente

Pupilas Isocôricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnéico Taquicardia Braquicardia Apnéia Cheyne Stokes Biot Kussmaul

Circulatório Pulso normocadiaco Ritímico Arritmico Dicrotico Taquisfmgia Brasismgia 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>08:00</u>	<u>160/70</u>	<u>103</u>	<u>20</u>	<u>15</u>	<u>-</u>	<u>97%</u>	<u>-</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

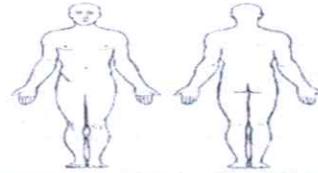
Extensão Anormal 2

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 ambulância 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

08.00 h Encaminhado pct masculino "Geronildo", com queixa de dor no peito, 45 anos, nega alergia, nega comorbidades. Consciente Orientado, descorado 1/4+, iridatado, reflexos eupneicos em ar ambiente, pupilas 100+, eliminações fisiológicas espontâneas, panturilhos livres. Pct antiga. Nega uso de medicação, drogas. Delata uso de gás termogênico há 40min. Encaminhado para PS de Pinda. Pp 160x70 mmHg. Sc. 109 bpm, Sat 97%. Administrado 3 AAS. Sublingual a pedido verbal da Dra. Heloisa.

G. Paula

Conf Ana Carolina
1421021

Pac atendido c/ queixa de dor precordial muito intenso.

Saf: facies de dor, palidez, extremidades frias e sudorese profusa.

PA: 159x98 / TA₁₅: 149x89

FC: 109 bpm / FC₅: 100 / FC₁₅: 89 bpm.

Pulmões limpos

Retorno de Gagge, hyperfonesis B₂

Cond.: monitorização multparamétrica

AAS 100 mcg 3 compr. VP

encf a emergencia hospitalar

ID: IAM / Angina

Materiais Utilizados

03 AAS.

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
<i>J. H. S.</i>
Data 21/04/24

Enfermagem Responsável
<i>Ana Carolina L. Ferreira</i>
Data 21/04/24

Condutor Socorrista
<i>L. C. S.</i>
Data 21/04/24