

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 CASSI Solicitante _____ Data 11.11.22.

Origem: FUSAN CACAPUA x POLICLIN. CACAPUA x

Nome: IVAN NERY P. ERNE Idade _____ Contato: _____

Sexo ☒ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO CASSI

Nº CARTEIRINHA 03000 44948 0000

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>130941</u>	km <u>130943</u>	km	km
<u>130905</u>	Hora Chegada <u>09:50</u>	Hora Chegada <u>10:22</u>	Hora Chegada	
Hora	Hora Saída <u>10:15</u>	Hora Saída <u>10:40</u>	Hora Saída	Hora
<u>09:05</u>	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	

Neurológica ☒ Lúcido ☐ Orientado ☒ Conciente ☐ Desorientado ☐ Inconsciente

Pupilas ☒ Isocóricas ☐ Anisocórica ☐ Midrítrica ☐ Miotica ☐ D ou E ☐ É Maior !

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

Circulatório ☒ Pulso normocadiaco ☐ Ritimico ☐ Arritmico ☐ Dicrotico ☐ Taquissfimia ☐ Brasisfimia ☐ Filiforme

Abdomem ☐ Plano ☒ Globoso ☐ Protuberante ☐ Escavado ☐ Flácido ☐ Em Avental

Membros Superior ☐ Alterados ☐ Não Alterados Membros Superior ☐ Alterados ☐ Não Alterados

Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
<u>10:15</u>	<u>140x80</u>	<u>75</u>	<u>19</u>	<u>15</u>	<u>36.2</u>	<u>97%</u>	<u>112</u>

Abertura ocular

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

Resposta Verbal

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

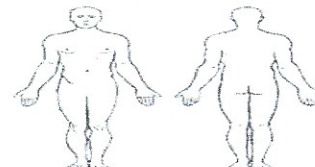
Resposta Motora

- ☒ 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	Perfn	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

10:00h. Paciente consciente, Orientado, Responde 1/4+, Residualado 1/4+, Anictério, Cianótico, Afébril, Eupneico em ar ambiente. Cabelo inteiro, pupilas iso e, hematóma em mms, abdome globoso e flácido, Eliminações fisiológicas por xalda, pantufilhas livres. Realizado transfeencia em ambulância VTI do hospital Susan para Policlín (cidade Cacapava). Acompanhado da enfermagem e médico e filha Larvira.

P. Ana Carolina
442104

OBS. Entregue documento / prontuário para Coord. enf. Família (Poli-clín. Cacapava).

Materiais Utilizados

Oxigenio	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

Enfermeiro Responsável

Data

Conductor Socorrista

Data

Enf. Ana Carolina
442104

1512 TAN
6/10/22