

Ficha de Acompanhamento

OS

☒ 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 P. J. P. 2023
 Solicitante ANDREIA
 Data 25.05.23

Origem: A A FERROVI. x x

Nome: FUTAL Idade Contato:

Sexo
☒ Masculino
☐ Feminino

SUS / CONVENIO Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
<u>24524</u>	Hora Chegada	Hora Chegada	Hora Chegada	
Hora	Hora Saída	Hora Saída	Hora Saída	Hora
<u>18:50</u>	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	

Neurológica
☐ Lúcido
☐ Orientado
☐ Conciente
☐ Desorientado
☐ Inconsciente

Pupilas
☐ Isocóricas
☐ Anisocóricas
☐ Midriática
☐ Miotica
☐ D ou E
☐ É Maior !

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

Circulatório
☐ Pulso normocardiaco
☐ Ritimico
☐ 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

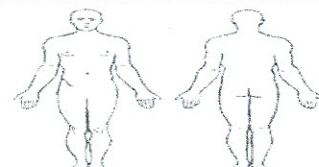
Resposta Motora

- ☐ 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	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 _____
 RG/CPF _____
 assinatura _____

Observações Médicas / Enfermeiros

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