

# 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  
 GTT    TQT / TQM    US    RMN    T. C. HIPER.   Outros

EMPRESA

*P.P. Minas*

Solicitante

*Andréia*Data *02.09.23*Origem: *Ribeirão Grande.*

x

Nome: *Lorinda da L PTR*

Idade

Contato:

Sexo  Masculino Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <i>127984</i>	km <i>128.011</i>	km	km
<i>127956</i>	Hora Chegada <i>06:00</i>	Hora Chegada <i>17:03</i>	Hora Chegada	<i>128.011</i>
Hora	Hora Saída <i>127984</i>	Hora Saída	Hora Saída	Hora
	Visto Origem <i>16:19</i>	Vista Destino	Vista Destino	<i>17:03</i>

Neurológica  Lúcido  Orientado  Conciente  Desorientado  Inconsciente

Pupilas  Isocôricas  Anisocoria  Midriátrica  Miotica  D ou E  É Maior

Respiratória  Eupnéico  Taquicardia  Bradiacardia  Apnéia  Cheyne Stokes  Biot  Kussmaul

Circulatório  Pulso normocadiaco  Ritítmico  Arritmico  Dicrotico  Taquicardia  Bradicardia  Filiforme

Abdomem  Plano  Globoso  Protuberante  Escavado  Flácido  Em Avental

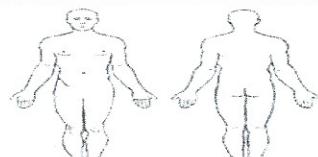
Membros Superior  Alterados  Não Alterados   Membros Inferiores  Alterados  Não Alterados

## Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input type="checkbox"/> Espontânea 4 <input type="checkbox"/> voz 3 <input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Orientada 5 <input type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3 <input type="checkbox"/> Palavras Incomprêencivas 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Obdece comandos 6 <input type="checkbox"/> Localiza Dor 5 <input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4 <input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3 <input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2 <input type="checkbox"/> 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

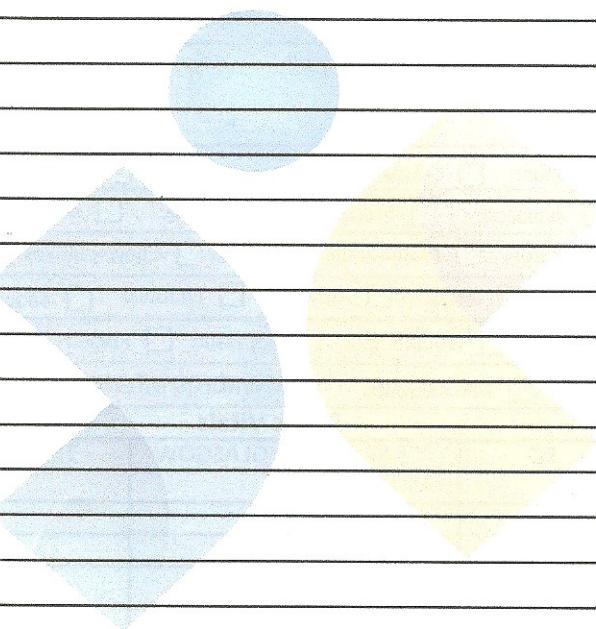
RG/CPF

## Observações Médicas / Enfermeiros

Juliana realizamos enfaixamento com 2 ataduras ~~15~~ envoltas de pano hospital.

Pris enfermeiros de não usou 1 atadura de 10.

Fernanda usou 2 após e 1 atadura, ou 10 envoltas de pano hospital.



## Materiais Utilizados

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 - Pegueno	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou

Médico Responsável

Data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Enfermagem Responsável

Flávia  
Data 02/04/23

Condutor Socorrista

Aline e Olívia  
Data 02/04/23