

# Ficha de Acompanhamento

☐ BÁSICA   ☒ UTI ADULTO   ☐ UTI INFANTIL   ☐ UTI NEO   ☐ UTI ÁREA   ☐ EVENTOS   ☐ PARTICULAR   ☐ APH  
☐ EXAMES   ☒ TRANSFERÊNCIA 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. KOSEIMA Solicitante \_\_\_\_\_ Data 04.02.24

Origem: \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X

Nome: JOSE PEREIRA FAIXO Idade 69 Contato: \_\_\_\_\_

Sexo ☒ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO N/A Nº CARTEIRINHA N/A

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
<u>34267</u>	<u>34302</u>	<u>34348</u>	<u>34374</u>	
Hora	Hora Chegada	Hora Chegada	Hora Chegada	
	<u>05:00</u>	<u>5:50</u>	<u>06:30</u>	
	Hora Saida	Hora Saida	Hora Saida	
	<u>05:15</u>			
	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	
<u>4:40</u>				

Neurológica ☒ Lúcido ☐ Orientado ☒ Conciente ☐ Desorientado ☐ Inconsciente

Pupilas ☒ Isocóricas ☐ Anisocórica ☐ Midriática ☐ Miotica ☐ D ou E ☐ É Maior

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

Circulatório ☒ Pulso normocardiaco ☐ Ritímico ☐ Arritmico ☐ Dicrotico ☐ Taquisfmgia ☐ 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
	<u>14x75</u>	<u>68</u>	<u>21</u>	<u>13</u>	<u>36.6</u>	<u>100</u>	

## 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

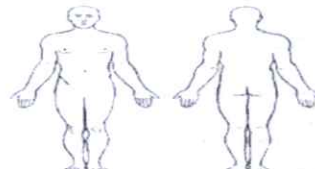
## Resposta Motora

- ☒ 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	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

Realizado Transporte para a correnta acompanhado pela família, em interação com a equipe para o Regime de Saúde para pacientes de CAT. — 4/

## 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

Ma. Flores

Data

Enfermagem Responsável

20/02/24

Data

20/02/24

Conductor Socorrista

20/02/24

Data