

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

EMPRESA UNIMED CACAIAVA Solicitante Ricardo Data 03.02.24

Origem: H.U. CACAIAVA x C. U. I. D. A x H. CACAIAVA

Nome: LOUDES JESUS DA CHAGAS AZARIAS Idade _____ Contato: _____

Sexo ☐ Masculino

☒ Feminino

SUS / CONVENIO UNIMED

Nº CARTEIRINHA 970001900782516

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
<u>34164</u>	<u>34210</u>	<u>34212</u>	<u>34217</u>	<u>34267</u>
Hora	Hora Chegada	Hora Chegada	Hora Chegada	Hora
	<u>21:51</u>	<u>22:25</u>	<u>22:47</u>	
	Hora Saída	Hora Saída	Hora Saída	
	<u>22:10</u>	<u>22:48</u>	<u>22:57</u>	
	Visto Origem	Visto Destino	Visto Destino	
<u>21:11</u>	<u>Magian</u>	<u>[assinatura]</u>	<u>[assinatura]</u>	<u>23:45</u>

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 ☐ 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>138/50</u>	<u>68</u>	<u>22</u>	<u>13</u>	<u>36.6</u>	<u>99%</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

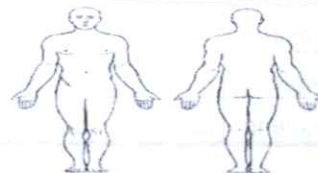
Resposta Motora

- ☐ 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

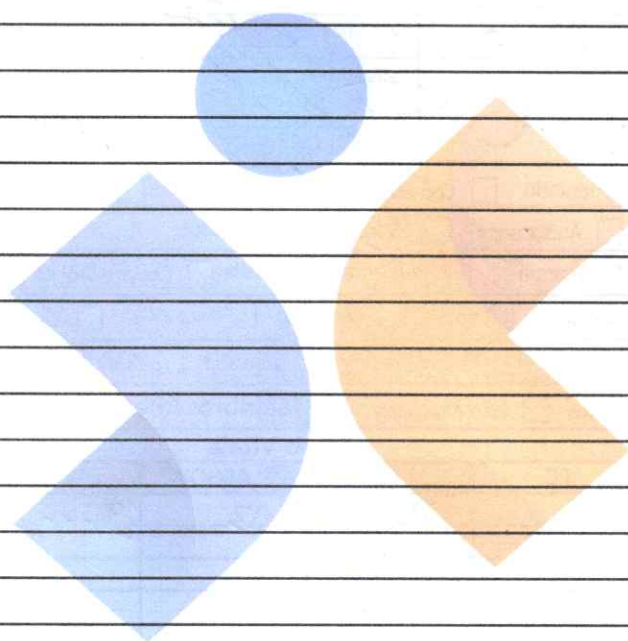
Nome

assinatura

RG/CPF

Observações Médicas / Enfermeiros

Realizado transporte do Paciente, da unidade coapere, para exame de imagem em internação, paciente consciente com nível de consciência, em situação adequada para viagem. ————



Materiais Utilizados

REALVIDAS

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

adulso 108810
CRM

Data

Enfermagem Responsável

inf.

Data 09/02/24

Condutor Socorrista

Data