

# 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    TOT/TQM    US    RMN    T.G. HIPER.   **Outros**

**EMPRESA** *Juntas + Objetivo.*

**Solicitante**

**Data** *25/04/83*

**Origem:**

X

X

**Nome:** *Tuttol*

**Idade**

**Contato:**

**Sexo**

Masculino

Feminino

**SUS / CONVENIO**

**Nº CARTEIRINHA**

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <i>23669</i>	km <i>23672</i>	km	km
<i>23668</i>	Hora Chegada <i>13:30</i>	Hora Chegada <i>21:35</i>	Hora Chegada	
Hora	Hora Saida <i>21:30</i>	Hora Saida	Hora Saida	Hora
	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	
	<i>19:15</i>			

**Neurológica**    Lúcido    Orientado    Conciente    Desorientado    Inconsciente

**Pupilas**    Isocôricas    Anisocorica    Midriátrica    Miotica    D ou E    É Maior

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

**Circulatório**    Pulso normocadiaco    Ritímico    Arritmico    Dicrotico    Taquisfmgia    Brasifgmia    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 Incomprêencivas 2
- Nenhuma 1

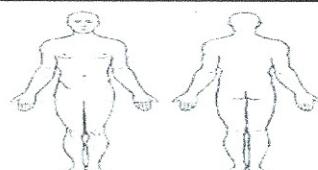
### Resposta Motora

- 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 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

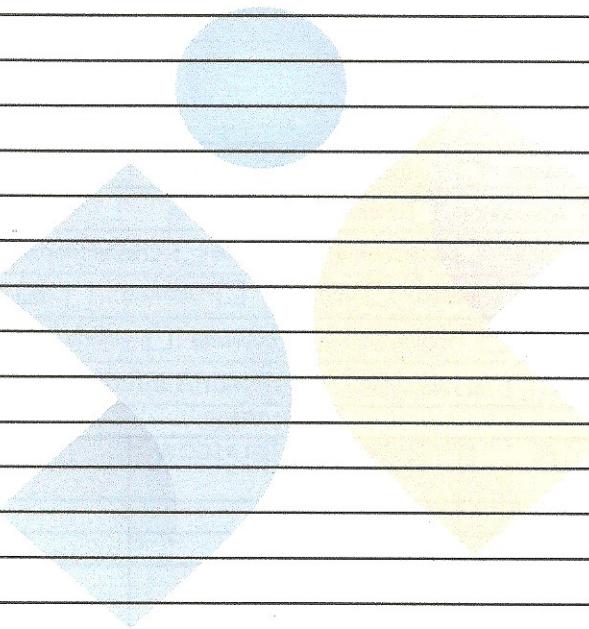
assinatura

RG/CPF

# Observações Médicas / Enfermeiros

Sua Intervenção FICOU O MELHOR

Claudemir da Silva  
Fec. de Enfermagem  
COREN-SP 460.605



## Materiais Utilizados

DESAVIDAS

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

Fec. de Enfermagem  
COREN-SP 460.605

Data 25/04/23

Condutor Socorrista

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