

# Ficha de Acompanhamento

OS

<input type="checkbox"/> BÁSICA	<input checked="" type="checkbox"/> UTI ADULTO	<input type="checkbox"/> UTI INFANTIL	<input type="checkbox"/> UTI NEO	<input type="checkbox"/> UTI ÁREA	<input type="checkbox"/> EVENTOS	<input type="checkbox"/> PARTICULAR	<input type="checkbox"/> APH
<input type="checkbox"/> EXAMES	<input checked="" type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT	

Tipos de Exames  CATE  TOMO  RX  CPRS  PET SCAM  
 GTT  TQT /TQM  US  RMN  T. C. HIPER. Outros

EMPRESA M. SALUD Solicitante Ejor. Data 04-04-23

Origem: S.C. PINRA x H. SANTA ISABEL x

Nome: Maicon Rikitico So Idade 60 Contato:

Sexo  Masculino  Feminino

SUS / CONVENIO UNIMED ES.R. Nº CARTEIRINHA 09700022006921141

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>22958</u>	km <u>2312</u>	km <u>23272</u>	km
<u>22927</u>	Hora Chegada <u>04:20</u>	Hora Chegada <u>07:08</u>	Hora Chegada <u>10:00</u>	
Hora	Hora Saída <u>04:45</u>	Hora Saída <u>07:25</u>	Hora Saída	Hora
	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	
	<u>03:30</u>			

Neurológica  Lúcido  Orientado  Conciente  Desorientado  Inconsciente

Pupilas  Isocôricas  Anisocorica  Midriátrica  Miotica  D ou E  É Maior

Respiratória  Eupnélico  Taquicardia  Braquicardia  Apnéia  Cheyne Stokes  Biot  Kussmaul

Circulatório  Pulso normocadiaco  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>05:00</u>	<u>120x80</u>	<u>82</u>	<u>20</u>	<u>15</u>	<u>36,2</u>	<u>97%</u>	

### 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

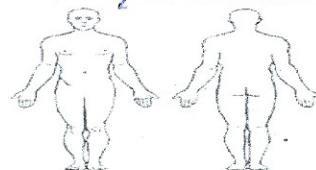
### Resposta Motora

- 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 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

04:45 RECESSO DIÁRIO, PROCEDENTE SANTA LÉSIA DE PINHEIROS SP EM AMBULÂNCIA UTI EM MARA, ACOMPANHADO PELA EQUIPE ENFERMAGEM + CONDUTOR + MÉDICO PARA TRANSFERÊNCIA HOSPITAL SANTA ISABEL (SÃO PAULO) NEGA ALERGIA MEDICAMENTOS E OU ALIMENTOS, REJEDE HAS, DM.

ENQUANTO SE CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEVIL, EUPNICO EM R.R. MANTENDO ACESSO CENTRAL NA SUBDIVISÃO ESOFÁGICA SALIVITÁRIA, CINTILÚCIA DE GIGÓ ASSIMETRICAL, VSC DE FUNDOS GRAL. CORPO DENTAL LISO E SECO. SEQUE OS SUDORES DA ENFERMAGEM. OBS. ISOLAMENTO ENTRICO REVISTO INTERNAÇÃO RECENTE SEM INTERCORRÊNCIA SITÉ O MOMENTO.

Claudemir da Silva  
Téc. de Enfermagem  
COREN-SP 460.605

## 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 04/04/23

Enfermagem Responsável

Data 04/04/23

Condutor Socorrista

Data 04/04/23