

Observações Médicas / Enfermeiros

Recebo paciente em leito de UTI móvel hipertensa, hemodinamicamente estável s/ uso de DUA'S; respirando espontaneamente em AA s/ sinais de esforço resp. lucido e orientado em tempo e espaço. Dieta oral s/ intercorrências. diurese espontânea. somente administração de 20mg Captopril 25mg Sublingual.

Transporte transcorrido s/ intercorrências.

Chegada ao destino e deixado aos cuidados do plantonista na sala emergencial em monitorização PAUS / Oximetria / ECG.

finalizo atendimento.

Dr. Raniel Toledo

Médico

CRM-SP 209886

Materiais Utilizados

REALVIDAS

Oxigênio	01 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso	Quanto Bar Utilizou	
	02 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso	Quanto Bar Utilizou	
	03 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso	Quanto Bar Utilizou	
	04 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso	Quanto Bar Utilizou	

Médico Responsável

Data

Enfermagem Responsável

Data

Condutor Socorrista

Data

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 M. SOLUD 234870 Solicitante Trina Jan. Data 25.11.23

Origem: H. Policlin. CACAPUÁ H.P. SJC. x

Nome: UELO OLIVEIRA Idade _____ Contato: _____

Sexo ☒ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO S. AMERICANA

Nº CARTEIRINHA 09023104048550011

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
<u>143671</u>	<u>143724</u>	<u>143748</u>	<u>143801</u>	
Hora	Hora Chegada	Hora Chegada	Hora Chegada	
	<u>02:50</u>	<u>03:45</u>	<u>05:00</u>	
	Hora Saída	Hora Saída	Hora Saída	
	<u>03:10</u>	<u>04:00</u>		
	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	
<u>01:30</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>135 x 100</u>	<u>98</u>	<u>17</u>	<u>15</u>		<u>98</u>	
	<u>165 x 95</u>	<u>85</u>	<u>16</u>	<u>15</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 Incompreêncivas 2
☐ Nenhuma 1

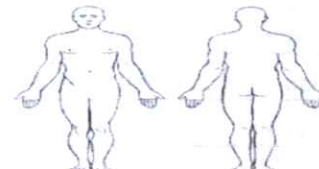
Resposta Motora

- ☒ Obedece 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 _____