

## Ficha de Acompanhamento

☒ BÁSICA    ☐ UTI ADULTO    ☐ UTI INFANTIL    ☐ UTI NEO    ☐ UTI ÁREA    ☐ EVENTOS    ☐ PARTICULAR    ☐ APH  
☒ EXAMES    ☐ TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR    ☐ ALTA HOSPITALAR    ☐ INTERNAÇÃO    ☐ SVT - INT

**Tipos de Exames**    ☐ CATE    ☐ TOMO    ☐ RX    ☐ CPRS    ☐ PET SCAM    ☐ T. C. , HIPER.    Outros

EMPRESA VALE REFINCO Solicitante Al. J. A. Data 16.05.23

Origem:   

Nome: Luiz + Silva Idade: Contato:

Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
129 901	129 959	130 159		130 416
Hora	Hora Chegada	Hora Chegada	Hora Chegada	
	03:50	06:50		
	Hora Saída	Hora Saída	Hora Saída	Hora
	04:00	10:20		
	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	
02:55				13:45

Neurológica ☐ Lúcido ☐ Orientado ☐ Conciente ☐ Desorientado ☐ Inconsciente

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

Respiratória ☐ Eupnéico ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Apnéia ☐ Cheyne Stokes ☐ Biot ☐ Kussmaul

Circulatório ☐ Pulso normocardiaco ☐ Ritimico ☐ Arritmico ☐ Dicrotico ☐ Taquifomia ☐ Bradisfomia ☐ Filiforme

Abdomem ☐ Plano ☐ Globoso ☒ Protuberante ☐ Escavado ☐ Flácido ☐ Em Avental

Membros Superior		Membros Inferiores	
<input type="checkbox"/> Alterados	<input type="checkbox"/> Não Alterados	<input type="checkbox"/> Alterados	<input type="checkbox"/> Não Alterados

## Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

### Abertura ocular

☐ Espontânea 4  
☐ voz 3  
☐ A dor 2  
☐ Nenhuma 1

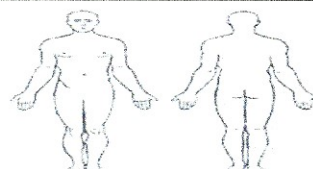
## Resposta Verbal

☐ 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

<b>TRAUMA</b>	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
	Escoriação									
	Cont									
	Ferim									
	Luxa									
	Frat									
	Lace									
	Secc									

[illegible]

### 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

## 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

Enfermagem Responsável

Data

Condutor Socorrista

Data

Luiz Paulo A. Pereira  
16 / 09 / 23