

# 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    TQT/TQM    US    RMN    T.C. HIPER.   **Outros**

**EMPRESA** 1. DINDA   **Solicitante** 2. S. GLOES   **Data** 11/02/23  
**Origem:** RECA QUARTEL x

**Nome:** CARMONAL   **Idade** \_\_\_\_\_   **Contato:** \_\_\_\_\_

**Sexo**  Masculino    Feminino

**SUS / CONVENIO**

**Nº CARTEIRINHA**

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>122189</u>	km <u>127190</u>	km	km	km
Hora	Hora Chegada <u>18:05</u>	Hora Chegada	Hora Chegada	<u>127193</u>
Hora	Hora Saida <u>23:00</u>	Hora Saida	Hora Saida	Hora
	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	<u>23:15</u>
<u>17:50</u>				

**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    Ritimico    Arritmico    Dicrotico    Taquisfmgia    Brasismgia    Filiforme

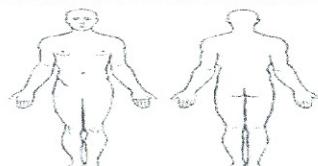
**Abdomem**  Plano    Globoso    Protuberante    Escavado    Flácido    Em Avental

<b>Membros Superior</b>	<input type="checkbox"/> Alterados <input type="checkbox"/> Não Alterados	<b>Membros Superior</b>	<input type="checkbox"/> Alterados <input type="checkbox"/> Não Alterados				
<b>Sinais Vitais</b>							
HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input type="checkbox"/> Espontânea 4	<input type="checkbox"/> Orientada 5	<input type="checkbox"/> Obdece comandos 6
<input type="checkbox"/> voz 3	<input type="checkbox"/> Confusa 4	<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5
<input type="checkbox"/> A dor 2	<input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3	<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Palavras Incomprêencivas 2	<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3
	<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2
		<input type="checkbox"/> Nenhuma

TRAUMA	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
	Escoriação									
	Cont									
	Ferim									
	Luxa									
	Frat									
	Lace									
	Secç									

QUEIMADURAS	QUEIMADURAS									
	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie	
	I									
	II									
III										



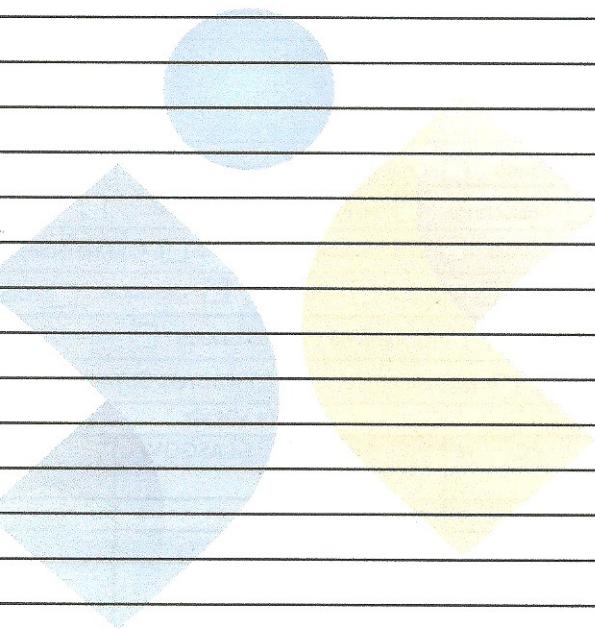
## Consentimento para transporte de Pacientes

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

S / Intercomunicação



## Materiais Utilizados

REFEIRAS VIDAS

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

Jair Paulo J. Pereira  
Data 11/03/23