

# Ficha de Acompanhamento

OS

☒ 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 P. J. M. S. Solicitante \_\_\_\_\_ Data 27.10.23

Origem: ABERTURA ESQUERDA x

Nome: SOD do tubo Idade \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_

Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO pp Nº CARTEIRINHA

| Saída Base     | Origem         | Destino        | Destino       | Chegada Base |
|----------------|----------------|----------------|---------------|--------------|
| km             | km             | km             | km            | km           |
| <u>132.858</u> | <u>132.860</u> | <u>132.864</u> |               |              |
| Hora           | Hora Chegada   | Hora Chegada   | Hora Chegada  |              |
|                | <u>18:00</u>   | <u>21:00</u>   |               |              |
|                | Hora Saida     | Hora Saida     | Hora Saida    | Hora         |
|                | <u>20:30</u>   |                |               |              |
|                | Visto Origem   | Vista Destino  | Vista Destino |              |
| <u>18:10</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 ☐ Ritimico ☐ 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 |
|------|----|----|----|---------|------|--------|-----|
|      |    |    |    |         |      |        |     |
|      |    |    |    |         |      |        |     |
|      |    |    |    |         |      |        |     |

## Abertura ocular

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

## Resposta Verbal

- ☐ Orientada 5  
☐ Confusa 4  
☐ Palavras Improórias 3  
☐ Palavras Incomprêncivas 2  
☐ Nenhuma 1

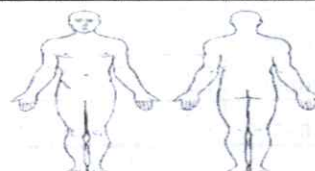
## Resposta Motora

- ☐ Obcede 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

Sem Intervenções

## 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

Conductor Socorrista

Data