

# 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    ☐ T. C. HIPER.    Outros  
☐ GTT    ☐ TQT/TQM    ☐ US    ☐ RMN

EMPRESA Prefeitura de Pira Solicitante \_\_\_\_\_ Data 12/10/23

Origem: \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X

Nome: Dia dos Corações Idade \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_

Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
<u>132616</u>	<u>132619</u>			<u>132622</u>
Hora	Hora Chegada	Hora Chegada	Hora Chegada	Hora
	<u>10:00</u>			
	Hora Saída	Hora Saída	Hora Saída	
	<u>17:35</u>			
	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	
<u>09:50</u>				<u>17:43</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 ☐ Rítmico ☐ 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 Incompreêncivas 2  
☐ Nenhuma 1

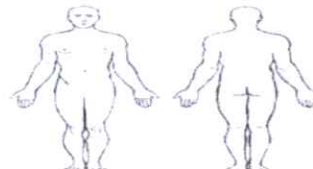
### Resposta Motora

- ☐ 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 \_\_\_\_\_

## Observações Médicas / Enfermeiros

Plantão das 10 hrs as 17:30 hrs, sem intercorrências graves, apenas pequenas escoriações; feito curativos e orientações, aferição de PA, sem alterações

## 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

Angelita C. G. Araújo  
Téc. de Enfermagem  
CONEN-SP, 46252

Data

Condutor Socorrista

Luiz Sauro  
Data 12/10/23