

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 PET SCAN

EMPRESA MED SAC VA Solicitante Hosp. Vivalle Data 18/07/23
 Origem: HOSP. VIVALE x PLANE x

Nome: Joaquim da Silveira Coelho Neto Idade 64 Contato: _____

Sexo ☒ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO de America Nº CARTEIRINHA 88888472002320019

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
<u>138 055</u>	<u>138 120</u>	<u>138 123</u>	<u>138 128</u>	
Hora	Hora Chegada	Hora Chegada	Hora Chegada	
	<u>13:30</u>	<u>14:00</u>	<u>18:48</u>	
	Hora Saída	Hora Saída	Hora Saída	
	<u>13:55</u>	<u>18:20</u>	<u>19:02</u>	
<u>11:58</u>	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	
	<u>Mello Miranda</u> <u>SP 471987 - ENF</u>	<u>Nathalie M. Scolmeister</u> <u>Então me</u> <u>COREN - SP 686414</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 ☐ Taquissfmgia ☐ 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>120x75</u>	<u>75</u>	<u>20</u>	<u>15/15</u>	<u>36.0</u>	<u>100%</u>	

Abertura ocular

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

Resposta Verbal

- ☒ Orientada 5
☐ Confusa 4
☐ Palavras Improprias 3
☐ Palavras Incompreensivas 2
☐ Nenhuma 1

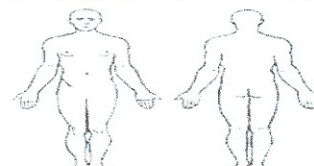
Resposta Motora

- ☒ 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	Perfn	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 Amanda Rebeca M. S. L. S.

RG/CPF 30121558-9

assinatura

Amanda Rebeca M. S. L. S.

Observações Médicas / Enfermeiros

remoção para exame de urina e esfíncter

[Assinatura]

Remoção para exame no plano, paciente em maca com cabeceira elevada, realizou o exame e retornou para o Vialles, sem intercorrências. *[Assinatura]*

05/8
00h

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

[Assinatura]

Data

18/07/23

Condutor Socorrista

Data

[Assinatura]