

# Ficha de Acompanhamento

os

- |  |   |                                       |  |                                   |                                     |                                     |                              |
|--|---|---------------------------------------|--|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA | <input type="checkbox"/> UTI ADULTO                         | <input type="checkbox"/> UTI INFANTIL | <input type="checkbox"/> UTI NEO         | <input type="checkbox"/> UTI ÁREA | <input type="checkbox"/> EVENTOS    | <input type="checkbox"/> PARTICULAR | <input type="checkbox"/> APH |
| <input type="checkbox"/> EXAMES            | <input checked="" type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR |                                       | <input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR |                                   | <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO | <input type="checkbox"/> SIV - INT  |                              |

- Tipos de Exames       CATE     TOMO     RX     CPRS     PET SCAM  
 GTT     TQT /TOM     US     RMN     T. C. HIPER.

Outros

EMPRESA H. UNIMED.Solicitante Zoc PopoData 22.01.24Origem: H. UNIMED.x

Nome: CINTIA DIAS FERREIRA Florentino Idade \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_  
Sexo  Masculino  Feminino  
SUS / CONVENIO UNIMED. Nº CARTEIRINHA 97000900-1784774

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>146173</u>	km <u>146209</u>	km <u>146235</u>	km
<u>146132</u>	Hora Chegada <u>01:42</u>	Hora Chegada <u>02:18</u>	Hora Chegada <u>03:30</u>	
Hora	Hora Saída <u>01:52</u>	Hora Saída <u>02:27</u>	Hora Saída	Hora
<u>01:00</u>	Vista Origem <u>Natalina de São Leite</u>	Vista Destino	Vista Destino	
	<u>COREN-SP 1271579-TE</u>			

Neurológica  Lúcido  Orientado  Conciente  Desorientado  Inconsciente

Pupilas  Isocôricas  Anisocôrica  Midriátrica  Miotica  D ou E  É Maior

Respiratória  Eupnéico  Taquicardia  Bradiacardia  Apneia  Cheyne Stokes  Biot  Kussmaul

Circulatório  Pulso normocadiaco  Ritítmico  Arritmico  Dicrotico  Taquicardia  Brasisfimia  Filiforme

Abdômen  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 Incomprêencivas 2
- Nenhuma 1

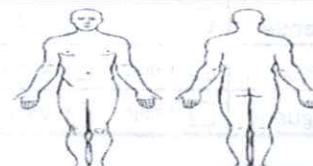
### Resposta Motora

- Obdece 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 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

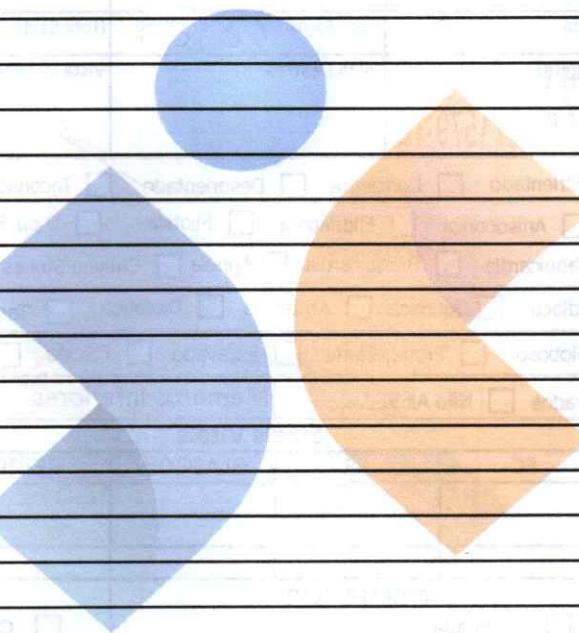
Nome

assinatura

RG/CPF

## Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente acomodada em leito, apresentando contracção uterina de 5 em 5 minutos com duração de 15 a 20 segundos, 9 cm de dilatação gestante de 33 semanas, tremores realizada sem intercorrências.



## Materiais Utilizados

**REAL VIDAS**

Oxigênio	01 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	02 - Grande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	03 - Pequeno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	04 - Pegueno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Médico Responsável**

Data: \_\_\_\_\_

**Enfermagem Responsável**

Data: \_\_\_\_\_

**Condutor Socorrista**

*[Handwritten signature]*

Data: \_\_\_\_\_