

## 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 ☐ SIT ☐ TOT / TOM ☐ US ☐ RMN ☒ T. C. HIPER. ☐ Outros

EMPRESA P.T. FINEZA Solicitante ANDREIA Data 16.04.22

Origem: A. J. P. K. X

Nome: VPAS QUEL Idade: Contato:

Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino

**SUS / CONVENIO**

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
128733	Hora Chegada	Hora Chegada	Hora Chegada	128735
Hora	Hora Saída	Hora Saída	Hora Saída	Hora
17:50	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	21:00

Neurológica ☐ Lúcido ☐ Orientado ☐ Conciente ☐ Desorientado ☐ Inconsciente

Pupilas ☐ Isocóricas ☐ Anisocórica ☐ Midriátrica ☐ Miotica ☐ D ou E ☐ É Maior A

Respiratória ☐ Eupnéico ☐ Taquicardia ☐ Braquicardia ☐ Apnéia ☐ Cheyne Stokes ☐ Biot ☐ Kussmaul

Circulatório ☐ Pulso normocardiaco ☐ Ritimico ☐ Arritmico ☐ Dicrotico ☐ Taquifmia ☐ Bradisfomia ☐ Filiforme

Abdomem ☐ Plano ☐ Globoso ☐ Protuberante ☐ Escavado ☐ Flácido ☐ Em Aventura

Membros Superior		Membros Inferiores	
<input type="checkbox"/> Alterados	<input type="checkbox"/> Não Alterados	<input type="checkbox"/> Alterados	<input type="checkbox"/> 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

☐ Obdece comandos 6

☐ Localiza Dor 5

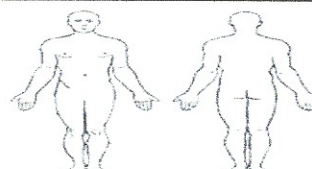
☐ Movimentos de retardia 4

☐ Flexão Anormal 3

☐ Extensão Anormal 2

☐ Nenhuma

<b>TRAUMA</b>	Descrição	Crânio	Face	Coluna	Tórax	Baculo	Membros Superiores	Membros Inferiores	Midline	Meninges
	Escoriação									
	Contusão									
	Ferimento									
	Luxação									
	Fratura									
	Laceração									
	Sedimentação									

[illegible]

### 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

## 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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Condutor Socorrista

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_