

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

EMPRESA P. P. MDA  
 Solicitante AUDREIA  
 Data 16.4.23.

Origem: P. GDA DE  
 X  
 X

Nome: CICLISMO  
 Idade  
 Contato:

Sexo  
☐ Masculino  
☐ Feminino

SUS / CONVENIO  
 Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>23457</u>	km	km	km
<u>23.453.</u>	Hora Chegada <u>07:00</u>	Hora Chegada	Hora Chegada	<u>23459.</u>
Hora	Hora Saída <u>13:30</u>	Hora Saída	Hora Saída	Hora
<u>06:41</u>	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	<u>14:00</u>

Neurológica  
☐ Lúcido  
☐ Orientado  
☐ Conciente  
☐ Desorientado  
☐ Inconsciente

Pupilas  
☐ Isocóricas  
☐ Anisocórica  
☐ Midriática  
☐ Miotica  
☐ D ou E  
☐ É Maior

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

Circulatório  
☐ Pulso normocardiaco  
☐ Ritímico  
☐ 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 Incomprêensivas 2  
☐ Nenhuma 1

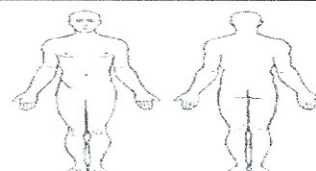
### Resposta Motora

- ☐ 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

## 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