

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

EMPRESA H. UNIMED **Solicitante** Recebeu **Data** 30.5.24

Origem: _____ **X** _____ **X** _____

Nome: ARACY D. DE OLIVEIRA **Idade** 81 **Contato:** _____

Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO UNIMED **Nº CARTEIRINHA** 091050200132617

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
<u>146620</u>	<u>148660</u>	<u>149732</u>	<u>149775</u>	
Hora	Hora	Hora	Hora	Hora
	<u>23:45</u>	<u>00:50</u>	<u>01:46</u>	
	<u>00:03</u>	<u>00:00</u>		
	Visto Origem	Visto Destino	Visto Destino	
	<u>Andréia dos Stos C. Froes</u>	<u>Aracy D. de Oliveira</u>		
	<u>Enfermeira</u>	<u>CGREN-SP 1375262-TE</u>		
	<u>Coron-SP 515085</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 ☐ 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>23:00</u>	<u>140x90</u>	<u>90</u>	<u>20</u>	<u>45</u>	<u>36.1</u>	<u>96%</u>	<u>-</u>
<u>23:30</u>	<u>140x90</u>	<u>95</u>	<u>20</u>	<u>15</u>	<u>36.</u>		

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

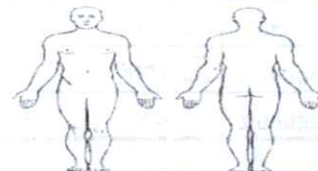
Resposta Motora

- ☐ Obdece comandos 6
- ☐ Localiza Dor 5
- ☐ Movimentos de retardia 4
- ☐ Flexão Anormal 3
- ☐ Extensão Anormal 2
- ☐ Nenhuma

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 Rosemberg Ap da Silva

RG/CPF 30393946-1

assinatura

Rosemberg Ap da Silva

Observações Médicas / Enfermeiros

AA. Reg. Inst. AIFP, CSELIS, AVO N.º 12 em
MSPD; sua qualidade

Enfermeira S. O. Danalino
Enfermeira
COREN/SP 495594

Materiais Utilizados

REALVIDAS

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