

# Ficha de Acompanhamento

OS

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

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

Outros

EMPRESA Prefeitura de Rio das Ostras      Solicitante \_\_\_\_\_ Data 17/05/24

Origem: Campo Grande x

Nome: \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_

Sexo  Masculino  Feminino

SUS / CONVENIO

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>43086</u>	km	km	km
<u>43086</u>	Hora Chegada <u>13:39</u>	Hora Chegada	Hora Chegada	<u>13:10</u>
Hora	Hora Saída	Hora Saída <u>17:20</u>	Hora Saída	Hora

Visto Origem 13:20 Vista Destino 17:40

Nº CARTEIRINHA

Neurológica  Lúcido  Orientado  Conciente  Desorientado  Inconsciente

Pupilas  Isocôricas  Anisocôrica  Midriátrica  Miotica  D ou E  É Maior

Respiratória  Eupnéico  Taquicardia  Braquicardia  Apnéia  Cheyne Stokes  Biot  Kussmaul

Circulatório  Pulso normocadiaco  Ritímico  Arritmico  Dicrotico  Taquifgmia  Brasisfgmia  Filiforme

Abdomem  Plano  Globoso  Protuberante  Escavado  Flácido  Em Avental

Membros Superior  Alterados  Não Alterados      Membros Inferiores  Alterados  Não Alterados

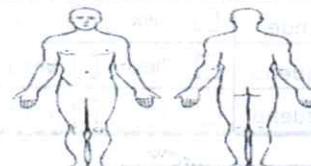
## Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input type="checkbox"/> Espontânea 4	<input type="checkbox"/> Orientada 5	<input type="checkbox"/> Obdece comandos 6
<input type="checkbox"/> voz 3	<input type="checkbox"/> Confusa 4	<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5
<input type="checkbox"/> A dor 2	<input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3	<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Palavras Incompréhencivas 2	<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3
	<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2
		<input type="checkbox"/> Nenhuma

TRAUMA	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
	Escoriação									
Cont										
Ferim										
Luxa										
Frat										
Lace										
Secç										

QUEIMADURAS	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

A ambulância esteve e saiu dentro do horário programado.

Realizado exame na cintura no seu 00:01 uma intensa dor de dor verte, um "dor" em cintura regional. Por esse motivo, foi realizada a histeropelvis 01 SFQ, 91, com admissão de paciente ameaçado de perfuração abdominal. Aos 04:00, foi encaminhado ao Plantão Socorro a Dr. Geraldo Barroso.

Jessica d.  
Enfermeira  
COREN-SP 669.657  
17/5/124

## Materiais Utilizados

União de Praia de menta  
Socorro  
01 Amp 3FQ, 91.

**REAL VIDAS**

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	
<b>Médico Responsável</b>				
Dra. Camille Mafra Bourneiro				
Médica CRM-SP 1864				
Data 07/05/2014				
<b>Enfermagem Responsável</b>				
Jessica de Moraes Viana				
Enfermeira				
COREN-SP 669.657				
Data 17/05/2014				
<b>Condutor Socorrista</b>				
Jônatas Cezar				
Data 17/5/124				

Assinatura Pediátrica.