

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 M. SALUD Solicitante #804 Data 04-04-23

Origem: S.C. PIN DA x H. SANTA ISABEL x

Nome: MARIO AKINHO JO Idade 60 Contato:

Sexo ☒ Masculino ☐ Feminino
 SUS/CONVENIO UNIMED ESP. Nº CARTEIRINHA 09700022006921141

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>22958</u>	km <u>23112</u>	km <u>23272</u>	km
<u>22927</u>	Hora Chegada <u>04:20</u>	Hora Chegada <u>07:05</u>	Hora Chegada <u>10:00</u>	
Hora	Hora Saída <u>04:40</u>	Hora Saída <u>07:25</u>	Hora Saída	Hora
<u>03:30</u>	Visto Origem	Visto Destino	Visto Destino	

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
<u>05:00</u>	<u>120x80</u>	<u>82</u>	<u>20</u>	<u>15</u>	<u>36,2</u>	<u>97%</u>	

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

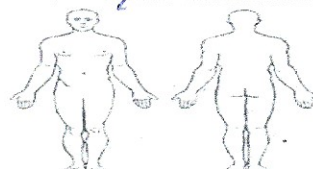
Resposta Motora

- ☒ 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									
	Secc									

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

04:45 RECEBO CLIENTE, PROCEDENTE SANTA CASA DE
PINDAMBA EM AMBULÂNCIA UTI EM MARCHA, ACOMPANHA-
DO PELA EQUIPE ENFERMAGEM + CONDUCTOR + MÉDICO
PARA TRANSFERÊNCIA HOSPITAL SANTA ISABEL
(SÃO PAULO) NGA ALERGIA MEDICAMENTOSA E/OU ALER-
GIA, REFUSO NAS DM. —————
ENCONTRA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, ADEQUADO,
EUBOLICO EM A.A. MANTENDO ACESSO CENTRAL
NA SUBCLAVIA ESQUERDA SALINIZADO, CURATIVO
EM REGIÃO ABDOMINAL, USO DE FARMÁCIA GELA
CLIMA OCULTAVEL LIMPO E SECO. SEGUE AOS
CUIDADOS DA ENFERMAGEM. OBS. ISOLAMENTO
EMPIRICO DEVIDO INTERMEDIÁRIO RECENTE
SEM INTERCORRÊNCIA ATÉ O MOMENTO.

Claudemir da Silva
tec. de Enfermagem
COREN-SP 460.605

Materials Utilizados

Transferencia Pinda x SP sem interconexões

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

[Assinatura]

CRM 49.794

Data 04/04/23

Enfermagem Responsável
Data 04/04/23

Conductor Socorrista

Data 04/04/23