

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 ☐ TOT /TQM ☐ US ☐ RMN ☐ T. C. HIPER. Outros

EMPRESA Med SALVA Solicitante JG OR Data 01.04.23

Origem: P. GUARD x Hosp. F. G. G. G. G. x

Nome: LUCIA MARQUES PIRES Idade 80 Contato: _____

Sexo ☐ Masculino ☒ Feminino

SUS / CONVENIO QUALIFIQUE

Nº CARTEIRINHA 0970003200065797

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
<u>2100</u>	<u>22748</u>	<u>22749</u>	<u>22789</u>	<u>22789</u>
Hora	Hora	Hora	Hora	Hora
<u>22706</u>	<u>22:12</u>	<u>23:12</u>	<u>22:17</u>	<u>22:17</u>
Visto Origem	Visto Destino	Visto Destino	Visto Destino	Visto Destino
<u>Helio Fernando P. S.</u>	<u>Maria Faria de Melo dos Santos</u>	<u>COREN-SP 1352448-TE</u>	<u>0045</u>	<u>0045</u>

Neurológica ☒ Lúcido ☐ Orientado ☐ Conciente ☒ Desorientado ☐ Inconsciente

Pupilas ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Midríaticas ☐ Mioticas ☐ 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 Incompreendivas 2
☐ Nenhuma 1

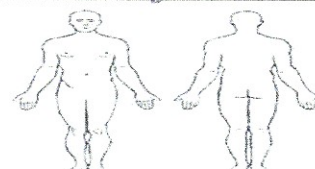
Resposta Motora

- ☐ 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 Heley Savanna Gomes Melo

RG/CPF 32.810.823-7

assinatura

[Assinatura]

Observações Médicas / Enfermeiros

RECIBO CLIENTE, PROLEGATÁRIO DE SUA
RESIDÊNCIA EM AMBULÂNCIA SIMPLIFICADA
RECEBIDA. ATRIBUIÇÃO PARA PROLEGATÁRIO
HOSPITAL - DOUTOR GILVANO GUANÁ LINGUETA.
OBS - TRATAMENTO DE SNEI, APÓS A
MORTE DO PACIENTE.
ACOMPANHADO E CONFERENCIADO COM O
FILHO E CONDUTOR. SEGURO AGUARDANDO
SUA INTERCORRÊNCIA ATÉ O MOMENTO

Claudemir da Silva
Téc. de Enfermagem
COREN-SP 460.605

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

Enfermeiro Responsável
Téc. de Enfermagem
COREN-SP 460.605

Data

21/04/23

Condutor Socorrista

Data