

Ficha de Acompanhamento

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

EMPRESA PLENO Saúde Solicitante TANIA Data 18.10.23

Origem: P. TREMEMBE x CLINICA DAVILA x P. TREMEMBE

Nome: OLGA JOUARELLI GARCIA Idade 88 Contato: (12) 988490140

Sexo ☐ Masculino ☒ Feminino

SUS / CONVENIO UNO SERVICE Nº CARTEIRINHA 951087345259233802

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
<u>132 680</u>	<u>132 702</u>	<u>132 705</u>		<u>132 724</u>
Hora	Hora Chegada	Hora Chegada	Hora Saida	Hora
	<u>15:05</u>	<u>15:40</u>	<u>16:30</u>	
	Hora Saida	Visto Origem	Vista Destino	
<u>14:35</u>	<u>15:20</u>			<u>17:55</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 ☐ 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>15:45</u>		<u>85</u>	<u>20</u>	<u>15</u>	<u>36,2</u>	<u>97,1</u>	

Abertura ocular

- ☐ Espontânea 4
☐ voz 3
☐ A dor 2
☐ Nenhuma 1

Resposta Verbal

- ☐ Orientada 5
☐ Confusa 4
☐ Palavras Improórias 3
☐ Palavras Incompreêncivas 2
☐ Nenhuma 1

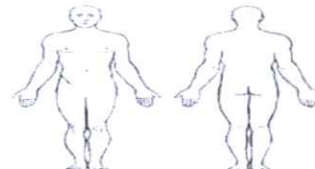
Resposta Motora

- ☐ 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 Cláudia Martins Rosso

RG/CPF 19.616.293

assinatura [Assinatura]

Observações Médicas / Enfermeiros

14:20 SAÍDA DA BASE

15:00 CLIENTE, ADMITIDA EM AMBULÂNCIA SIMPLES, PROCEDENTE DE SUA RESIDÊNCIA, PRESTADA ATENDIMENTO EM A.R. MANTENDO USO DE BOLSA DE COLESTOMIA EM REGIÃO ABDOMINAL SEQUE AOS CUIDADOS DA ENFERMEIRA COM ACOMPANHANTE FILHA CLAUDIA E CUIDADORA MAGALY

Claudemir
féc. de Enf.
COREN-SP

15:40 CHEGADA CONSULTÓRIO MÉDICO P/ CONSULTA DE ROTINA. SEQUE AOS CUIDADOS DA ENFERMEIRA

OBS - BOLSA TOILETARIA

Claudemir de Silva
féc. de Enfermagem
COREN-SP 460.605

17:40 CHEGADA EM SUA RESIDÊNCIA

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

Claudemir de Silva
féc. de Enfermagem
COREN-SP 460.605

Data

18/10/23

Condutor Socorrista

Data

18/10/23