

# 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  
 GTT     TQT/TQM     US     RMN     T.C. HIPER.    Outros

EMPRESA P. Pinha

Solicitante

R. FloresData 17.02.23.Origem: Pedra das corujas X

X

Nome:

Idade

Contato:

Sexo  Masculino Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

| Saída Base    | Origem                    | Destino       | Destino       | Chegada Base  |
|---------------|---------------------------|---------------|---------------|---------------|
| km            | km <u>127220</u>          | km            | km            | km            |
| <u>127214</u> | Hora Chegada <u>18:08</u> | Hora Chegada  | Hora Chegada  | <u>127229</u> |
| Hora          | Hora Saída <u>00:30</u>   | Hora Saída    | Hora Saída    | Hora          |
| <u>17:50</u>  | Visto Origem              | Vista Destino | Vista Destino | <u>00:40</u>  |

Neurológica  Lúcido  Orientado  Conciente  Desorientado  InconscientePupilas  Isocôricas  Anisocorica  Midriátrica  Miotica  D ou E  É Maior !Respiratória  Eupnéico  Taquicardia  Braquicardia  Apnéia  Cheyne Stokes  Biot  KussmaulCirculatório  Pulso normocadiaco  Ritímico  Arritmico  Dicrotico  Taquisfmgia  Brasisfmgia  FiliformeAbdomem  Plano  Globoso  Protuberante  Escavado  Flácido  Em AventalMembros Superior  Alterados  Não Alterados    Membros Superior  Alterados  Não Alterados

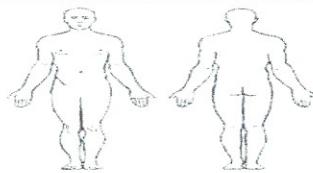
## Sinais Vitais

| 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 Incomprêencivas 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 |      |       |      |       |     |     |     |     |  |
|--|-------------|------|-------|------|-------|-----|-----|-----|-----|--|
|  | 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

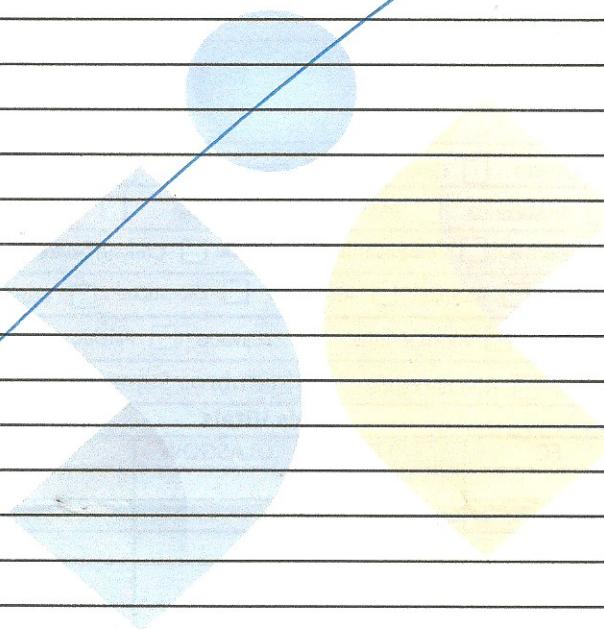
Nome

RG/CPF

assinatura

# Observações Médicas / Enfermeiros

Favento sem oxigênio



## Materiais Utilizados

REF ALVIDAS

|          |              |   |                      |  |
|----------|--------------|---|----------------------|--|
| 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 17/02/23

Condutor Socorrista

José Pinto J. Faria  
Data 17/02/23