

# 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 Hosp. UNIMED. São Paulo Solicitante Rocéia Ribeiro Data 23.04.24

Origem: H. FUSAN. x H. coração. x

Nome: Apolio Dantas Barbosa NT- Idade \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_  
Sexo  Masculino  Feminino  
SUS / CONVENIO UNIMED. Nº CARTEIRINHA 0003610000900835

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>151706</u>	km <u>151771</u>	km <u>151840</u>	km
<u>151663</u>	Hora Chegada <u>21:30</u>	Hora Chegada <u>22:42</u>	Hora Chegada <u>00:10</u>	
Hora	Hora Saida <u>21:50</u>	Hora Saida <u>22:55</u>	Hora Saida	Hora
	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	
	<u>21:10.</u>			

Neurológica  Lúcido  Orientado  Conciente  Desorientado  Inconsciente

Pupilas  Isocôricas  Anisocorica  Midriátrica  Miotica  D ou E  É Maior

Respiratória  Eupnélico  Taquicardia  Braquicardia  Apnéia  Cheyne Stokes  Biot  Kussmaul

Circulatório  Pulso normocadiaco  Ritímico  Arritmico  Dicrotico  Taquicardia  Brasisfimia  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>21:30</u>	<u>140x120</u>			<u>15.</u>	<u>36:</u>	<u>987.</u>	

### Abertura ocular

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

### Resposta Verbal

- Orientada 5
- Confusa 4
- Palavras Improórias 3
- Palavras Incomprêencivas 2
- Nenhuma 1

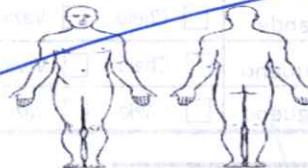
### Resposta Motoria

- Obdece 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 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 Juliano da Silva Lopes  
RG/CPF 28.455.828-8

assinatura

## Observações Médicas / Enfermeiros

Realizada transferência do paciente do Hospital São Lucas para o Hospital das Clínicas de São Paulo, sendo informado que o paciente permanece estável, assim como os exames de laboratório. O paciente foi encaminhado ao Hospital das Clínicas de São Paulo.

Anderson F. do Prado Pinto

Enfermeiro

CORCH-SP-07503

## Materiais Utilizados

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

Médico Responsável

Data

23/04/2024

Enfermagem Responsável

Data

23/04/24

Condutor Socorrista

Data