

# 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** *M. SACVO,*   **Solicitante** *IDOR*   **Data** *21/02/24*

**Origem:** *H.10 SUCATTO*   **x** *S. CASA PINHA*   **x**

**Nome:** *Laura dos Santos. Loli.*   **Idade** *21*   **Contato:** \_\_\_\_\_

**Sexo**  Masculino    Feminino

**SUS / CONVENIO** *SUS AMERICA.*

**Nº CARTEIRINHA** *0189806799105.*

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <i>148463</i>	km <i>148466</i>	km	km
<i>148457</i>	Hora Chegada <i>23:15</i>	Hora Chegada <i>00:00</i>	Hora Chegada	
Hora	Hora Saida <i>23:45</i>	Hora Saida <i>00:10</i>	Hora Saida	Hora
	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	
		<i>decoada</i>		

**Neurológica**  Lúcido    Orientado    Conciente    Desorientado    Inconsciente

**Pupilas**  Isocôricas    Anisocôrica    Midriátrica    Miotica    D ou E    É Maior

**Respiratória**  Eupnéico    Taquicardia    Braquicardia    Apnéia    Cheyne Stokes    Biot    Kussmaul

**Circulatório**  Pulso normocadiaco    Ritímico    Arritmico    Dicrotico    Taquifgmia    Brasisfgmia    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 Incomprêencivas 2  
 Nenhuma 1

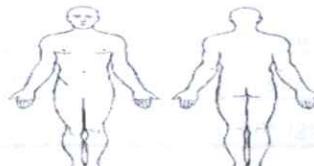
### Resposta Motora

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 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

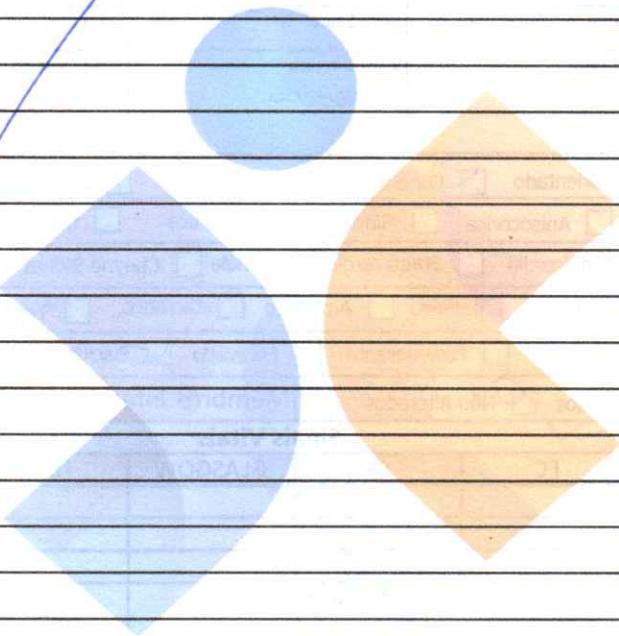
RG/CPF

assinatura

*21212814*

# Observações Médicas / Enfermeiros

*Sem Infecções*



## 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 _____

Enfermagem Responsável
<i>JRNCB</i>
Data _____

Condutor Socorrista
<i>Jean</i>
Data _____