

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

EMPRESA Plano Saúde Solicitante Luane Data 05/02/23

Origem: P. Cabalva x H. Village x

Nome: David Fernandes Idade 39 Contato: _____

Sexo ☒ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO med service

Nº CARTEIRINHA 951081315259673901

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
<u>141271</u>	<u>141271</u>	<u>141304</u>	<u>141382</u>	
	Hora Chegada <u>20:00</u>	Hora Chegada <u>21:10</u>	Hora Chegada <u>00:00</u>	
Hora	Hora Saída <u>20:30</u>	Hora Saída <u>22:00</u>	Hora Saída	Hora
<u>19:00</u>	Visto Origem <u>X</u>	Vista Destino <u>206075</u>	Vista Destino	

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>20:33</u>		<u>82</u>		<u>04</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 Incomprêncivas 2
☒ Nenhuma 1

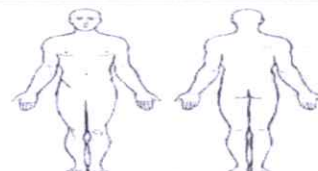
Resposta Motora

- ☐ 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 Carolina Riqueres fernandes

assinatura

RG/CPF 379.500.228-17

Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente acamado, não responsivo, em uso de TOT e CPAP próprio, GTT fechada, em uso de faldas e urupem, acompanhado pela esposa Carol e T.G. Andressa. Transportado de sua residência ao Hospital Vivalle sem intercorrências.

Mônica M. Strasse
Enfermeira
COREN 370.176

Materiais Utilizados

REALVIDAS

Oxigênio	01 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso	Quanto Bar Utilizou	
	02 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso	Quanto Bar Utilizou	
	03 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso	Quanto Bar Utilizou	
	04 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso	Quanto Bar Utilizou	

Médico Responsável

Data

Enfermagem Responsável

Data

Condutor Socorrista

Data