

# 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. Pintos*   **Solicitante** *Andrade*   **Data** *19/04/23*

**Origem:** *Jewel das Ruas*   **X**

**Nome:** *BASQUINTE*   **Idade:** \_\_\_\_\_   **Contato:** \_\_\_\_\_

**Sexo**  Masculino    Feminino

**SUS / CONVENIO**

**Nº CARTEIRINHA**

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <i>128824</i>	km <i>128829</i>	km	km
<i>128822.</i>	Hora Chegada <i>19:00</i>	Hora Chegada <i>22:15</i>	Hora Chegada	
Hora	Hora Saida <i>128826</i>	Hora Saida	Hora Saida	Hora
<i>18:30</i>	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	

**Neurológica**  Lúcido    Orientado    Conciente    Desorientado    Inconsciente

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

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

**Circulatório**  Pulso normocadiaco    Ritimico    Arritmico    Dicrotico    Taquisfmgia    Brasismgia    Filiforme

**Abdomem**  Plano    Globoso    Protuberante    Escavado    Flácido    Em Avental

**Membros Superior**  Alterados    Não Alterados   **Membros Inferiores**  Alterados    Não Alterados

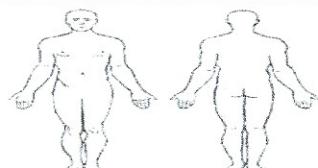
## Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input type="checkbox"/> Espontânea 4 <input type="checkbox"/> voz 3 <input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Orientada 5 <input type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3 <input type="checkbox"/> Palavras Incomprêencivas 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Obdece comandos 6 <input type="checkbox"/> Localiza Dor 5 <input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4 <input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3 <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 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.

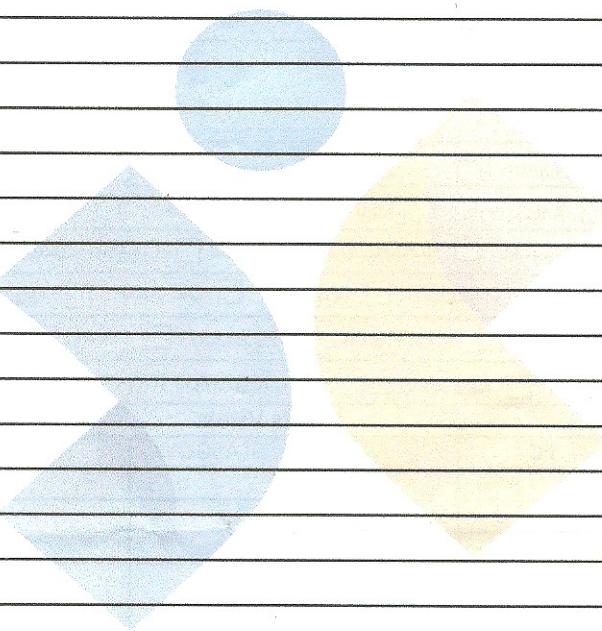
Estou ciente das intervenções necessárias da equipe médica para a segurança do transporte, e dos eventuais riscos que envolvam a viagem que será realizada

Nome

RG/CPF

assinatura

# Observações Médicas / Enfermeiros



## Materiais Utilizados

DE AL 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 - Pegueno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	

Médico Responsável
Data _____ / _____ / _____

Enfermagem Responsável
<i>Luzia</i>
Data 19/10/23

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