

# Ficha de Acompanhamento

OS

- 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 *Rival Vidas* Solicitante *H.P* Data *20/06/23*  
 Origem: *H. 10 gatos* X

Nome: *Miguel Soares da Silva* Idade *13* Contato:

Sexo  Masculino

Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <i>24743</i>	km <i>24696</i>	km <i>25 060</i>	km
<i>24742</i>	Hora Chegada <i>02:30</i>	Hora Chegada <i>05:30</i>	Hora Chegada <i>08:28</i>	
Hora	Hora Saída <i>02:35</i>	Hora Saída <i>05:52</i>	Hora Saída	Hora
	Visto Origem <i>02:27</i>	Vista Destino	Vista Destino	

Neurológica  Lúcido  Orientado  Conciente  Desorientado  Inconsciente

Pupilas  Isocôricas  Anisocôrica  Midriátrica  Miotica  D ou E  É Maior !

Respiratória  Eupnélico  Taquicardia  Braquicardia  Apnéia  Cheyne Stokes  Biot  Kussmaul

Circulatório  Pulso normocadiaco  Ritímico  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
	<i>110x80</i>	<i>85</i>	<i>12</i>		<i>36.6</i>	<i>94</i>	

### 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

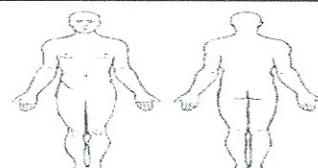
### Resposta Motora

- 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

assinatura

RG/CPF

Carla da Silveira Vieira  
CORPO DE SILENTIOS  
SP/1496-EN

## Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente Portador T.E.A (transtorno de espele do Audição).  
Histórico de acidente doméstico, se encontra no hospital 10 de julho.  
e ser transferido para hospital BP dos Caetanos, Encantado  
Paciente para hospital o dos Caetanos em ótima de transporte  
acompanhado pela mãe, não se encontra, — — — — —  
Realizou transferência paciente calmo e pacífico, dentro da  
viagem entre em inconsciencia — — — — —

## Materiais Utilizados

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 20/06/23

Condutor Socorrista

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_