

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

EMPRESA CASA E SAUDE Solicitante _____ Data 14/03/23

Origem: P. CIUZELHO x C. PLVS. DIAZ x P. CIUZELHO

Nome: Ismael Barbosa da Silva Idade 19 Contato: 12996366907

Sexo ☐ Masculino ☒ Feminino

SUS / CONVENIO unimed Nº CARTEIRINHA 010-100000547 100

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
<u>127334</u>	<u>127419</u>	<u>127424</u>	<u>127427</u>	<u>127509</u>
Hora	Hora Chegada	Hora Chegada	Hora Chegada	Hora
	<u>09:19</u>	<u>09:45</u>	<u>10:42</u>	
	Hora Saída	Hora Saída	Hora Saída	
	<u>09:26</u>	<u>10:30</u>	<u>10:48</u>	
<u>07:55</u>	Visto Origem	Visto Destino	Visto Destino	<u>12:20</u>
	<u>Ismael</u>	<u>Ismael</u>	<u>Ismael</u>	

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 ☐ Ritimico ☐ 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

Abertura ocular

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

Resposta Verbal

- ☐ Orientada 5
☐ Confusa 4
☐ Palavras Improórias 3
☐ Palavras Incomprêensivas 2
☐ Nenhuma 1

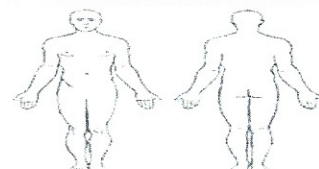
Resposta Motora

- ☐ 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 Ismael da C. Barbosa Silva

RG/CPF 23-454-369-5

assinatura [Assinatura]

Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente consciente e eupneica AA, mantendo SN, sem movimentos dos membros, aguardando para fazer Termografia com contraste;

10:30 Encaminhamos para Residência sem intercorrência.

10:42 Chegaras sem interconexão. ————— def.

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

Médico Responsável

Data ____/____/____

Enfermagem Responsável

Luciana

Data 14/03/23

Conductor Socorrista
Adriano de Oliveira
 Data 14/03/23