

# Ficha de Acompanhamento

<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA	<input type="checkbox"/> UTI ADULTO	<input type="checkbox"/> UTI INFANTIL	<input type="checkbox"/> UTI NEO	<input type="checkbox"/> UTI ÁREA	<input checked="" type="checkbox"/> EVENTOS	<input type="checkbox"/> PARTICULAR	<input type="checkbox"/> APH
<input type="checkbox"/> EXAMES	<input type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT	

**Tipos de Exames**  CATE  TOMO  RX  PET SCAM  
 GTT  TQT / TQM  US  RMN  T. C. HIPER. Outros

**EMPRESA** P. Pinho. **Solicitante** Andrea. **Data** 02-03-24

**Origem:** SACO MONTEIRO X

**Nome:** VOCAL ANSIPACKO **Idade** \_\_\_\_\_ **Contato:** \_\_\_\_\_

**Sexo**  Masculino  Feminino

## SUS / CONVENIO

## Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>33903</u>	km <u>133907</u>	km	km
<u>133900</u>	Hora Chegada <u>08:16</u>	Hora Chegada <u>16:53</u>	Hora Chegada	
Hora	Hora Saida	Hora Saida	Hora Saida	Hora
<u>08:12</u>	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	

**Neurológica**  Lúcido  Orientado  Conciente  Desorientado  Inconsciente

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

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

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

**Abdome**  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

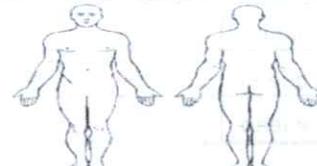
### Resposta Motora

- 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									



## 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.

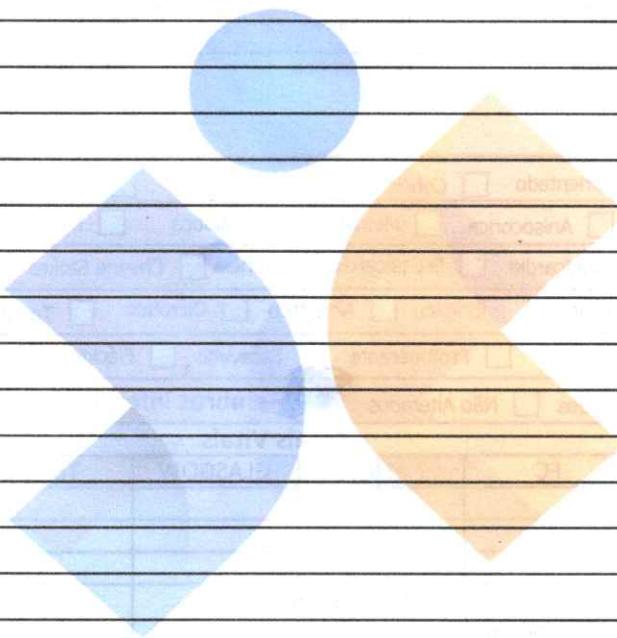
Estou ciente das intervenções necessárias da equipe médica para a segurança do transporte, e dos eventuais riscos que envolvam a viagem que será realizada

Nome

assinatura

RG/CPF

# Observações Médicas / Enfermeiros



## 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

Claudemir da Silva  
F.C. de Enfermagem  
CORESP 460.305

Data 02/10/2024

Condutor Socorrista

Data 02/10/2024