

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 CABESP Solicitante _____ Data 11.01.24

Origem: H.105ULHO x H. VIVALE x

Nome: JOÃO BOLOGHETTI Idade 75 Contato: _____

Sexo ☒ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO CABESP Nº CARTEIRINHA _____

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>32389</u>	km <u>32452</u>	km <u>35524</u>	km
<u>32333</u>	Hora Chegada <u>23:00</u>	Hora Chegada <u>00:01</u>	Hora Chegada <u>01:50</u>	
Hora	Hora Saída <u>23:10</u>	Hora Saída <u>00:02</u>	Hora Saída	Hora
<u>22:00</u>	Visto Origem <u>Claudio de Silva</u> <u>Rec. de Emergência</u> <u>CO. 15.15.905</u>	Vista Destino	Vista Destino	

Neurológica ☒ Lúcido ☒ Orientado ☐ Conciente ☐ Desorientado ☐ Inconsciente

Pupilas ☐ Isocóricas ☐ Anisocórica ☐ Midriática ☐ Miotica ☐ D ou E ☐ É Maior

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

Circulatório ☐ Pulso normocardiaco ☐ Rítmico ☐ Arritmico ☐ Dicrotico ☐ Taquissfmgia ☐ 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 Incomprêncivas 2
☐ Nenhuma 1

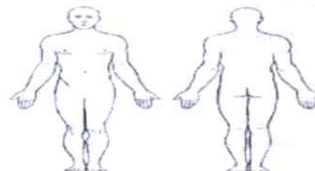
Resposta Motora

- ☒ 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 _____

Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente consciente, orientado, eufórico, deambulando, AVPMSS, segue viagem de ida sem intercorrências.

Angelita C. G. Araújo
Téc. de Enfermagem
COREN-SP: 46252

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 ____/____/____

Condutor Socorrista

Data ____/____/____