

Ficha de Acompanhamento

☐ BÁSICA ☒ UTI ADULTO ☐ UTI INFANTIL ☐ UTI NEO ☐ UTI ÁREA ☐ EVENTOS ☐ PARTICULAR ☐ APH
☐ EXAMES ☒ TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR ☐ ALTA HOSPITALAR ☐ INTERNAÇÃO ☐ SIV - INT

Tipos de Exames ☒ CATE ☐ TOMO ☐ RX ☐ CPRS ☐ PET SCAM
☐ GTT ☐ TOT /TQM ☐ US ☐ RMN ☐ T. C. HIPER. Outros

EMPRESA P. ROSA Solicitante SUP. ROSA Data 06.22.24

Origem: S. CASA AD. x H. 12 BJC. x

Nome: Maria Ad. dos S. Soares Idade 70 Contato: _____

Sexo ☐ Masculino ☒ Feminino

SUS / CONVENIO NA. Nº CARTEIRINHA NA.

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
<u>34637</u>	<u>34637</u>	<u>34725</u>	<u>34804</u>	
Hora	Hora Chegada	Hora Chegada	Hora Chegada	
	<u>03:00</u>	<u>03:50</u>	<u>05:10</u>	
	Hora Saida	Hora Saida	Hora Saida	
	<u>03:05</u>	<u>04:25</u>		
	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	
<u>02:50</u>				

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 Incompreêncivas 2
☐ Nenhuma 1

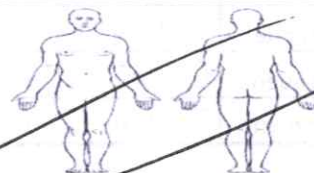
Resposta Motora

- ☒ 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 Adriane Soares de Oliveira

assinatura

RG/CPF 443.568.288-52

Adriane

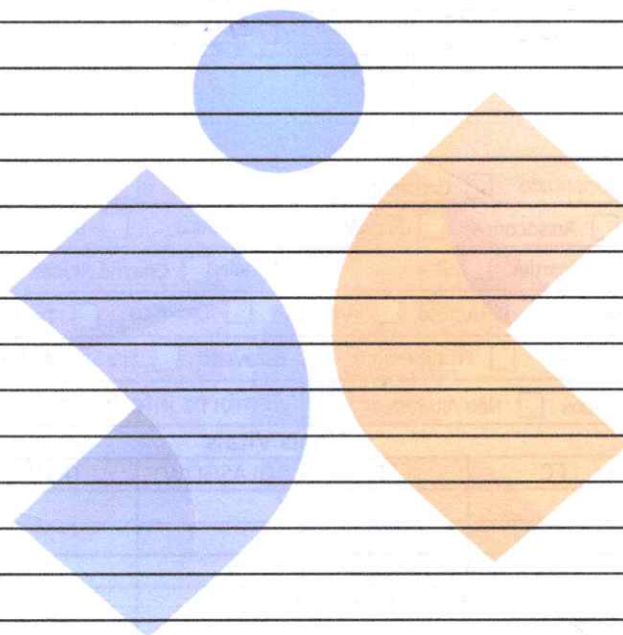
Observações Médicas / Enfermeiros

Realizarei transferência de PCT em ambulância de UTI com
 presença da equipe de médica e enfermagem sem
 intercorrência para realizar procedimentos de cateter
 vesical no HEVP São José dos Campos

~~Nome: Jessica Dutra~~
~~RG: Enfermagem~~
~~COREN 1172573~~

Remoção de instrumentos

[Assinatura] 108810



Materiais Utilizados

REALVIDAS

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

JESSICA.

Data ____/____/____

Condutor Socorrista

[Assinatura]

Data ____/____/____