

## **Ficha de Acompanhamento**

OS

BÁSICA     UTI ADULTO     UTI INFANTIL     UTI NEO     UTI ÁREA     EVENTOS     PARTICULAR     APH  
 EXAMES     TRASFERÊNCIA HOSPITALAR     ALTA HOSPITALAR     INTERNACÃO     STV - INT

**Tipos de Exames**  CATE  TOMO  RX  CPRS  PET SCAM  
 GIT  TOT /TOM  US  RMN  T. C. HIPER Outros

EMPRESA Vigia 2A, Solicitante , Data 02.06.23

**Origem:** JORNAL DO BRASIL x \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_

**Nome:** Baúzinho **Idade:** 10 **Contato:** (11) 98765-4321

**Sexo**  Masculino  Feminino

**SUS / CONVENIO** \_\_\_\_\_ **Nº CARTEIRINHA** \_\_\_\_\_

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km 136690	km 136692	km	km
136688	Hora Chegada 18:25	Hora Chegada 71:10	Hora Chegada	
Hora	Hora Saida 21:00	Hora Saida	Hora Saida	Hora
18:15	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	

**Neurológica**  Lúcido  Orientado  Conciente  Desorientado  Inconsciente

Pupilas  Isocóricas  Anisocoria  Midriátrica  Miotica  D ou E  É Maior !

**Respiratória**  Eupnéico  Taquicardia  Bradicardia  Apnêa  Cheyne Stokes  Biot  Kussmaul

Circulatório     Pulso normocadiaco     Ritmico     Arritmico     Dicrotico     Taquicardia     Bradicardia     Filiforme

**Abdomen**  Plano  Cloboso  Protuberante  Escavado  Flácido  En Aumento  Taquigástrico  Bradisírgmico  Palpitante

Alterados  Não Alterados

HORA PA FC FR GLASGOW TEMP Sat O2 Hgt

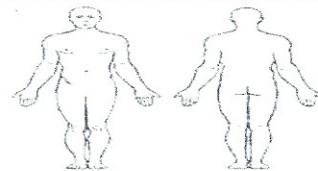
Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input type="checkbox"/> Espontânea 4	<input type="checkbox"/> Orientada 5	<input type="checkbox"/> Obdece comandos 6
<input type="checkbox"/> voz 3	<input type="checkbox"/> Confusa 4	<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5
<input type="checkbox"/> A dor 2	<input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3	<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Palavras Incomprêencivas 2	<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3
	<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2
		<input type="checkbox"/> Nenhuma

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 ambulância 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

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

*Liane*

Data \_\_\_\_\_

Condutor Socorrista

Data \_\_\_\_\_