

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 type="checkbox"/> EVENTOS | <input type="checkbox"/> PARTICULAR | <input type="checkbox"/> APH |
| <input checked="" 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 CPRS PET SCAM
 GTT TQT/TQM US RMN T.C. HIPER. Outros

EMPRESA H.CACAPAVA Solicitante Recepção Data 20/04/24

Origem: H.CACAPAVA x CÍNICA VIDA x H.CACAPAVA

Nome: ELAINE CRISTINA PEDROSO Idade _____ Contato: _____

Sexo Masculino

Feminino

SUS / CONVENIO UNIMED

Nº CARTEIRINHA 0044506264032056

| Saída Base | Origem | Destino | Destino | Chegada Base |
|---------------|--------------------------------|---------------------------|-----------------------------|---------------|
| km | km <u>151148</u> | km <u>151151</u> | km <u>151159</u> | km |
| <u>151103</u> | Hora Chegada <u>06:24</u> | Hora Chegada <u>06:35</u> | Hora Chegada <u>07:05</u> | <u>151201</u> |
| Hora | Hora Saída <u>06:30</u> | Hora Saída <u>7:00</u> | Hora Saída <u>07:10</u> | Hora |
| <u>05145</u> | Visto Origem <u>muito ruim</u> | Vista Destino | Vista Destino <u>melhor</u> | <u>08:05</u> |

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado Inconsciente

Pupilas Isocóricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnéico Taquicardia Bradiacardia Apnéia Cheyne Stokes Biot Kussmaul

Circulatório Pulso normocadiaco Ritímico Arritmico Dicrotico Taquifgmia Brasisfgmia 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 |
|---------------|-----------|-----------|-----------|-------------|------------|--------|-----|
| <u>120x76</u> | <u>76</u> | <u>21</u> | <u>75</u> | <u>36,6</u> | <u>98%</u> | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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

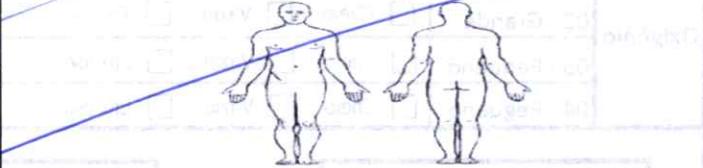
Resposta Motora

- 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 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

RG/CPF

assinatura

Observações Médicas / Enfermeiros

paciente calmo orientado espirito SA, mantendo RVP em MSE, encaminhado para clínica para realização do exame de imagem, sem náuseas. JF

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

Data

Condutor Socorrista

Data