

# 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  | <input type="checkbox"/>     |

|                 |                               |                                  |                              |                                      |                                   |        |
|-----------------|-------------------------------|----------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|--------|
| Tipos de Exames | <input type="checkbox"/> CATE | <input type="checkbox"/> TOMO    | <input type="checkbox"/> RX  | <input type="checkbox"/> US          | <input type="checkbox"/> PET SCAM | Outros |
|                 | <input type="checkbox"/> GTT  | <input type="checkbox"/> TQT/TQM | <input type="checkbox"/> RMN | <input type="checkbox"/> T.C. HIPÉR. |                                   |        |

EMPRESA H.U. CACAPAVÁ Solicitante Decisão Data 11.02.29  
 Origem: H.U. CACAPAVÁ x C. VIBO x H.U. CACAPAVÁ.

Nome: Jeanne Suelen dos Santos Lopes Idade \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_  
 Sexo  Masculino  Feminino  
 SUS / CONVENIO UNIMED. Nº CARTEIRINHA 0910292002089019.

| Saída Base     | Origem   | Destino  | Destino  | Chegada Base |
|----------------|--|--|--|--------------|
| km             | km <u>148 289</u>  | km <u>148 301</u>  | km <u>148 334</u>  | km           |
| <u>148.289</u> | Hora Chegada <u>01:10</u>  | Hora Chegada <u>01:30</u>  | Hora Chegada <u>02:30</u>  |              |
| Hora           | Hora Said <u>01:20</u>   | Hora Said <u>01:45</u>   | Hora Said <u>Márcio Ricardo Teodoro</u>  | Hora         |
| <u>01:00</u>   | Visto Origem <u>Enfermeiro Mário Ricardo Teodoro</u><br><u>COREN-SP 367603</u> | Vista Destino <u>Enfermeiro Márcio Ricardo Teodoro</u><br><u>COREN-SP 367603</u> | Vista Destino <u>Enfermeiro Márcio Ricardo Teodoro</u><br><u>COREN-SP 367603</u> |              |

Neurológica  Lúcido  Orientado  Conciente  Desorientado  Inconsciente

Pupilas  Isocóricas  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

Abdomem  Plano  Globoso  Protuberante  Escavado  Flácido  Em Avental

Membros Superior  Alterados  Não Alterados Membros Inferiores  Alterados  Não Alterados

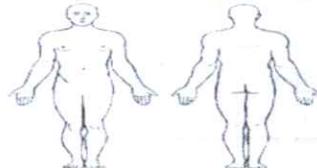
## Sinais Vitais

| HORA | PA | FC | FR | GLASGOW | TEMP | Sat O2 | Hgt |
|------|----|----|----|---------|------|--------|-----|
|      |    |    |    |         |      |        |     |
|      |    |    |    |         |      |        |     |
|      |    |    |    |         |      |        |     |
|      |    |    |    |         |      |        |     |

| Abertura ocular                       | Resposta Verbal                                      | Resposta Motoria                                  |
|---------------------------------------|--|---|
| <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 Incompréhencivas 2 | <input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3         |
|                                       | <input type="checkbox"/> Nenhuma 1                   | <input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2       |
|                                       |  | <input type="checkbox"/> Nenhuma                  |

| TRAUMA | Descrição  | Crâ | Face | Col | Tór | Bac | Msd | Mse | Mid | Mie |
|--------|------------|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
|        | Escoriação |     |      |     |     |     |     |     |     |     |
| Cont   |            |     |      |     |     |     |     |     |     |     |
| Ferim  |            |     |      |     |     |     |     |     |     |     |
| Luxa   |            |     |      |     |     |     |     |     |     |     |
| Frat   |            |     |      |     |     |     |     |     |     |     |
| Lace   |            |     |      |     |     |     |     |     |     |     |
| Secç   |            |     |      |     |     |     |     |     |     |     |

| TRAUMA | 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.

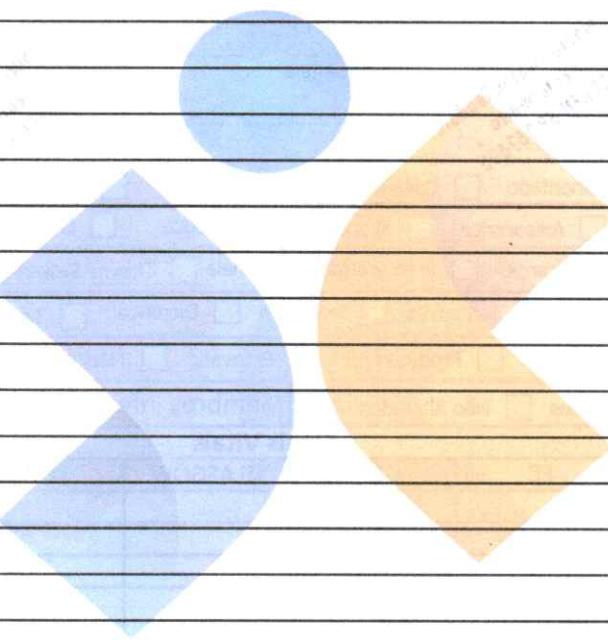
Estou ciente e orientado do quadro clínico do paciente para transporte e dos riscos envolvidos no transporte, podendo o paciente apresentar quadro clínico de instabilidade durante o percurso.

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

Realizando Transport para o local de realização do Tomografia em paciente -  
S/ P.



## 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

Data 17/02/24

Condutor Socorrista

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_