

# Ficha de Acompanhamento

OS

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

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

EMPRESA P. GUARA Solicitante ANDRESSA Data 20.04.23

Origem: \_\_\_\_\_ Nome: JOMII Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino Idade \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
<u>128829</u>	<u>128870</u>			
Hora	Hora Chegada	Hora Chegada	Hora Chegada	
<u>7:00</u>	<u>7:50</u>			
	Hora Saida	Hora Saida	Hora Saida	<u>128913</u>
	<u>18:40</u>			
	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	Hora
	<u>[assinatura]</u>			<u>19:20</u>

**Neurológica** ☐ Lúcido ☐ Orientado ☐ Conciente ☐ Desorientado ☐ Inconsciente  
**Pupilas** ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Midrítrica ☐ Miotica ☐ D ou E ☐ É Maior  
**Respiratória** ☐ Eupnéico ☐ Taquicardia ☐ Braquicardia ☐ Apnéia ☐ Cheyne Stokes ☐ Biot ☐ Kussmaul  
**Circulatório** ☐ Pulso normocardiaco ☐ 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

☐ Espontânea 4  
☐ voz 3  
☐ A dor 2  
☐ Nenhuma 1

## Resposta Verbal

☐ Orientada 5  
☐ Confusa 4  
☐ Palavras Improórias 3  
☐ Palavras Incomprêensivas 2  
☐ Nenhuma 1

## Resposta Motora

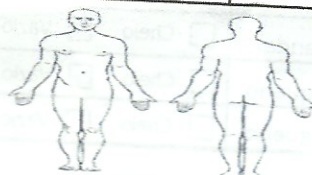
☐ Obedece comandos 6  
☐ Localiza Dor 5  
☐ Movimentos de retardia 4  
☐ Flexão Anormal 3  
☐ Extensão Anormal 2  
☐ Nenhuma

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 \_\_\_\_\_ RG/CPF \_\_\_\_\_ assinatura \_\_\_\_\_



## 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 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	

Médico Responsável

Data

Enfermagem Responsável

Anderson Francisco Alves Souza  
Técnico de Enfermagem  
COREN-SP 1185374

Data

Condutor Socorrista

Douglas

Data