

# Ficha de Acompanhamento

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

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

EMPRESA MED SOLVA Solicitante O. Triffo, Data 07/08/23

Origem: SANTA CASA CRUZIRO x C. SAÚDE CRUZ. x S.C. CRUZIRO

Nome: Alexandre Gatto da Cunha Idade 47 Contato:

Sexo  Masculino  Feminino

SUS / CONVENIO Nº CARTEIRINHA 0134900300560071

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km 138864	km 138866	km 138848	km
138785	Hora Chegada 13:50	Hora Chegada 14:15	Hora Chegada 15:00	138944
Hora	Hora Saída	Hora Saída 14:59	Hora Saída 15:10	Hora
11:50	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	16:40.

Neurológica  Lúcido  Orientado  Conciente  Desorientado  Inconsciente

Pupilas  Isocôricas  Anisocorica  Midriátrica  Miotica  D ou E  É Maior !

Respiratória  Eupnéico  Taquicardia  Braquicardia  Apnéia  Cheyne Stokes  Biot  Kussmaul

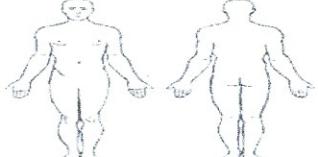
Circulatório  Pulso normocadiaco  Ritímico  Arritmico  Dicrotico  Taquisfmgia  Brasisfmgia  Filiforme

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
14:00	16869	79	18	15	30.9	96	

TRAUMA	Descrição	Resposta Verbal					Resposta Motora												
		Escoriação	Cont	Ferim	Luxa	Frat	Lace	Secç	Orientada 5	Confusa 4	Palavras Improórias 3	Palavras Incomprêencivas 2	Nenhuma 1	Obdece comandos 6	Localiza Dor 5	Movimentos de retardia 4	Flexão Anormal 3	Extensão Anormal 2	Nenhuma

TRAUMA	Descrição	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	assinatura
RG/CPF	

## **Observações Médicas / Enfermeiros**

Realizado Transporte do paciente da Santa Casa de Cruzens para clinica para realizar Marro Amigistom, paciente vence comunicação entre AA, necessidade ser feito o transporte emergencial para clinica —————— prof. Pedro da clinica São Vicente —————— prof.

## Materiais Utilizados

<b>Oxigênio</b>	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	

<b>Médico Responsável</b>
Data _____ / _____ / _____

**Enfermagem Responsável**

## Condutor Socorrista