

# 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 *M. SOLUS*

Solicitante

Data *24.03.25*Origem: *HOSP. LVSIN.**x H. 105146*

x

Nome: *Maecio Ribeiro Chafad*Idade *47*

Contato:

Sexo  Masculino FemininoSUS / CONVENIO *UNIMED - EST. SP.*Nº CARTEIRINHA *09700019002154120*

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <i>22633</i>	km <i>22669</i>	km <i>22706</i>	km	km <i>22710</i>
Hora	Hora Saida <i>22:57</i>	Hora Chegada <i>23:40</i>	Hora Chegada	Hora <i>24:50</i>
	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	
<i>22:00</i>	<i>Eselaf. JG Spuric</i>	<i>Wuub</i>		<i>24:50</i>

Neurológica  Lúcido  Orientado  Conciente  Desorientado  InconscientePupilas  Isocôricas  Anisocorica  Midriátrica  Miotica  D ou E  É MaiorRespiratória  Eupnéico  Taquicardia  Braquicardia  Apnéia  Cheyne Stokes  Biot  KussmaulCirculatório  Pulso normocadiaco  Ritímico  Arritmico  Dicrotico  Taquisfmgia  Brasifgmia  FiliformeAbdomem  Plano  Globoso  Protuberante  Escavado  Flácido  Em AventalMembros Superior  Alterados  Não Alterados | Membros Inferiores  Alterados  Não Alterados

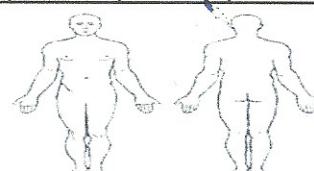
## Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
	<i>120x80</i>						

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

	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 *Daniel William Bento*RG/CPF *434.838.018-53*

assinatura

# Observações Médicas / Enfermeiros

RECEBIDO CLIENTE EM AGENCIA SÍLVE  
PROBLEMA TUSCAN SANGUINA, CONSISTÊNCIA.  
OBRIGADO A FEBRIL EM A.D. MANTENDO  
QUE EM ~~ESTE~~ SOLINIZADO, SÍNDROME  
EM ~~ESTE~~ (GRILOTA). SEGURO AQUARANDO  
TRANSFÉRENCIA P/ HOSPITAL NO JUNDIAI  
SEM INTENÇÃO ATÉ O MOMENTO

Claudemir da Silva  
Téc. de Enfermagem  
COREN-SP 460.605

## 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  
Claudemir da Silva  
Téc. de Enfermagem  
COREN-SP 460.605

Data

Condutor Socorrista

Data