

Ficha de Acompanhamento

OS

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

CASSI

Solicitante

Data 11.11.22.

Origem: FUSAN CAGA PUA

x Policien. CAGA PUA x

Nome: FUSAN NEY P. EIRE

Idade

Contato:

Sexo

 Masculino Feminino

SUS / CONVENIO

CASSI

Nº CARTEIRINHA

03000 44948 0000.

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km 130941	km 130943	km	km
130905	Hora Chegada 09:50	Hora Chegada 10:22	Hora Chegada	
Hora	Hora Saída 10:15	Hora Saída 10:40	Hora Saída	Hora
	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	
	09:05			

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 Ritímico Arritmico Dicrotico Taquisfmgia Brasisfmgia Filiforme

Abdomem Plano Globoso Protuberante Escavado Flácido Em Avental

Membros Superior Alterados Não Alterados Membros Superior Alterados Não Alterados

Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
10:15	140x80	75	19	15	36.2	97	112.

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

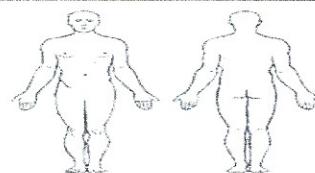
Extensão Anormal 2

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									
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

10:00h. Paciente consciente, Orientado, desorientado 1/4+, Alerta/Advertido 1/4+, Anictílico, taquicardia, febril, hipoxico em ar ambiente. Cabelo intenso, pupilas iso e., hematoma em m/iss, abdomen gloso e flácido, eliminações fisiológicas por trilha, panturrilhas livres. Realizado transferência em ambulância UTI do hospital para policlin (cidade de Cacapava). Acompanhado da enfermagem e médico e élista ferreira.

OBS. Entregue documentos / prontuários para Coord Enf. Família (Policlin Cacapava).

Of. Ana
Condutor
442104

Materiais Utilizados

Oxigenio	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

Enfermeiro Responsável

Enf. Ana Carolina
442104

Data

11 / 11 / 22

Condutor Socorrista

15/11/22

Data

6 / 10 / 22