

# 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 type="checkbox"/> EXAMES	<input type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR		<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR		<input type="checkbox"/> PET SCAM		<input type="checkbox"/> SIV - INT

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

EMPRESA: Mod Salud Solicitante: AT. 264296.5802 Data: 18.03.24

Origem: H-10 SUC/HP x S.C. PINDA x

Nome: Marcia Soledade DECAMAYO Idade: \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Feminino

SUS / CONVENIO: SUC AMÉLIO Nº CARTEIRINHA: 88888458186380030

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>38080</u>	km <u>38081</u>	km	km
<u>38073</u>	Hora Chegada <u>22:08</u>	Hora Chegada <u>23:45</u>	Hora Chegada	
Hora	Hora Saida <u>23:10</u>	Hora Saida	Hora Saida	Hora
	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	

Neurológica:  Lúcido  Orientado  Conciente  Desorientado  Inconsciente

Pupilas:  Isocôricas  Anisocôrica  Midriátrica  Miotica  D ou E  É Maior

Respiratória:  Eupnéico  Taquicardia  Braquicardia  Apneia  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

### 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

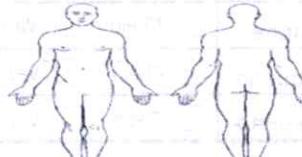
### Resposta Motora

- 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

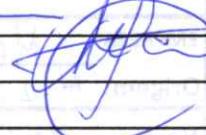
Declaro que fui orientado pela equipe da ambulancia e médicos verbalmente sobre o quadro clínico do paciente.

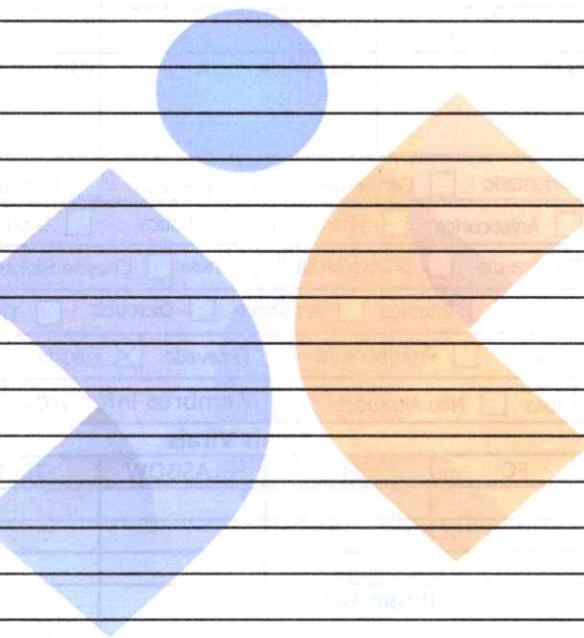
Estou ciente e orientado do quadro clínico do paciente para transporte e dos riscos envolvidos no transporte, podendo o paciente apresentar quadro clínico de instabilidade durante o percurso.

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

Paciente BEG, 10fe, Glasgow 15, aa anotica, amicterica, afibril, em preica em A.A. sat 98%, sem queixas algicas no momento, remocao sem interconvenias. 



## Materiais Utilizados

# REAL VIDAS

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

Médico Responsável

Data \_\_\_\_\_

Enfermagem Responsável

Data \_\_\_\_\_

Condutor Socorrista

Data \_\_\_\_\_