

# 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    Outros  
☐ GTT    ☐ TQT /TQM    ☐ US    ☐ RMN    ☐ T. C. HIPER.

EMPRESA CASA Saúde Solicitante CAROLINE Data 11.03.24

Origem: UNIMED. LORENA x P. LORENA x

Nome: MARIA AIL. GALDINO Idade 97A Contato: \_\_\_\_\_

Sexo ☐ Masculino ☒ Feminino

SUS / CONVENIO UNIMED SJC. Nº CARTEIRINHA N5

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>149.076</u>	km <u>149.078</u>	km <u>149.128</u>	km
<u>149.020</u>	Hora Chegada <u>17:55</u>	Hora Chegada <u>18:25</u>	Hora Chegada <u>18:38</u>	
Hora	Hora Saída <u>18:10</u>	Hora Saída <u>18:35</u>	Hora Saída	Hora
<u>17:10</u>	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	

Neurológica ☐ Lúcido ☐ Orientado ☒ Conciente ☐ Desorientado ☐ Inconsciente

Pupilas ☒ Isocóricas ☐ Anisocórica ☐ Midriática ☐ Miotica ☐ D ou E ☐ É Maior

Respiratória ☒ Eupnéico ☐ Taquicardia ☐ Braquicardia ☐ Apnéia ☐ Cheyne Stokes ☐ Biot ☐ Kussmaul

Circulatório ☒ Pulso normocardiaco ☐ Rítmico ☐ 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 Incompreêncivas 2  
☐ Nenhuma 1

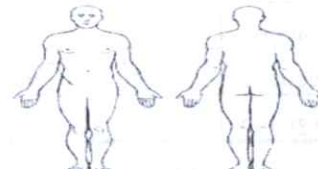
## Resposta Motora

- ☒ 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									



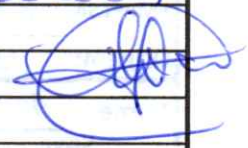
## Consentimento para transporte de Pacientes

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

## Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente BEG, 107e, Glasgow 15, acordado  
em regime de internação domiciliar  
em uso de SNE em rotina @ reali-  
zando Transporte sem intercorrências



## Materiais Utilizados

REALVIDAS

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

Data

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Conductor Socorrista

Data

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_