

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

EMPRESA GLOBAL CARE   Solicitante \_\_\_\_\_   Data 04/11/23

Origem: Pinda x Policlínica SJC x Residência

Nome: MAYLA MANGUEIRA DA SILVA   Idade 84   Contato: \_\_\_\_\_

Sexo   ☐ Masculino   ☒ Feminino

SUS / CONVENIO NS   Nº CARTEIRINHA NS

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>142679</u>	km <u>142701</u>	km	km
<u>142613</u>	Hora Chegada <u>20:34</u>	Hora Chegada <u>22:01</u>	Hora Chegada	<u>142682</u>
Hora	Hora Saída <u>22:20</u>	Hora Saída <u>22:20</u>	Hora Saída	Hora
<u>19:30</u>	Visto Origem	Visto Destino	Visto Destino	<u>23:31</u>

Neurológica   ☐ Lúcido   ☐ Orientado   ☐ Conciente   ☒ Desorientado   ☐ Inconsciente

Pupilas   ☐ Isocóricas   ☐ Anisocóricas   ☐ Midriática   ☐ Miotica   ☐ D ou E   ☐ É Maior

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

Circulatório   ☒ Pulso normocardiaco   ☐ Ritimico   ☐ 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 Incompreensíveis 2  
☐ Nenhuma 1

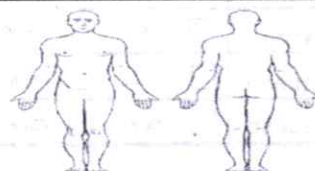
## Resposta Motora

- ☐ 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 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

RG/CPF

assinatura

## Observações Médicas / Enfermeiros

20:00 Realizada transporte via PCT acamada acompa-  
nhada da filha e cuidadora, sem intercorrências  
p/ sua residência.

Nilvea Jéssica Dutra

Téc. Enfermagem

COREN 1172573

## 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

Nilvea Jéssica Dutra

Téc. Enfermagem

COREN 1172573

Data

04/11/23

Condutor Socorrista

Data

04/11/23