

# 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 *Ronal*

Solicitante

Data *12.07.23*Origem: *Hospital Manoel Victorino* x

x

Nome: *Marco Vinícius Fabon*Idade *56*

Contato:

Sexo  Masculino Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <i>137561</i>	km <i>137833</i>	km	km
<i>137406</i>	Hora Chegada <i>18:20</i>	Hora Chegada <i>23:35</i>	Hora Chegada	<i>137956</i>
Hora	Hora Saída <i>18:00h</i>	Hora Saída <i>00:15</i>	Hora Saída	Hora
	Visto Origem <i>Tatiana Sebbani</i> CRM: 52.0115277	Vista Destino <i>Dr. Alessandro P. G. Oliveira</i>	Vista Destino	<i>02:00</i>
<i>18:20</i>				

Neurológica  Lúcido  Orientado  Conciente  Desorientado  InconscientePupilas  Isocóricas  Anisocoria  Midriátrica  Miotica  D ou E  É MaiorRespiratória  Eupnéico  Taquicardia  Braquicardia  Apnéia  Cheyne Stokes  Biot  KussmaulCirculatório  Pulso normocadiaco  Ritímico  Arritmico  Dicrotico  Taquifgmia  Brasisfgmia  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>171x89</i>	<i>89</i>	<i>20</i>	<i>14</i>		<i>94</i>	

### 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

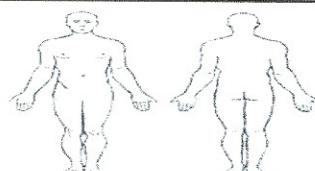
### Resposta Motora

- 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 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

assinatura

RG/CPF

## Observações Médicas / Enfermeiros

Romênia Paraty / São Paulo. # impressão: fundo e orientado, pendente, mas suspenso ao chão, distâncias, nível de lesgas a direita da brecha, hidroestática estavel, masto estavel. todo percurso realizado realizou a passagem da planta no hospital ou não sem intervenções.  
Lnf.

## Materiais Utilizados

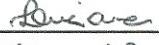
Oxigênio	01 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	
	02 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	
	03 - Pequeno	<input type="checkbox"/> 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



Data: 12/07/23

Condutor Socorrista



Data: 13/07/23