

# Ficha de Acompanhamento

|                                 |  |  |                                  |                                   |                                     |                                     |                              |
|---------------------------------|--|--|----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> BÁSICA | <input checked="" 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"/> CPRS    | <input type="checkbox"/> PET SCAM | <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO | <input type="checkbox"/> SIV - INT  |                              |

|                        |                               |                                   |                             |                               |                                       |                                     |                                    |        |
|------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--------|
| <b>Tipos de Exames</b> | <input type="checkbox"/> CATE | <input type="checkbox"/> TOMO     | <input type="checkbox"/> RX | <input type="checkbox"/> CPRS | <input type="checkbox"/> PET SCAM     | <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO | <input type="checkbox"/> SIV - INT | Outros |
|                        | <input type="checkbox"/> GTT  | <input type="checkbox"/> TQT /TQM | <input type="checkbox"/> US | <input type="checkbox"/> RMN  | <input type="checkbox"/> T. C. HIPER. |                                     |                                    |        |

EMPRESA Medsalva Solicitante Ederson. Data 26/10/24.

Origem: HR SJC x H. Polidim 9 Juttho. x

Nome: Jaqueleine Sacchin fungueira de Rezende Idade 47 Contato:

Sexo  Masculino  Feminino

SUS / CONVENIO Fed Ros Nº CARTEIRINHA 00785300000460012

| Saída Base   | Origem                     | Destino                    | Destino       | Chegada Base |
|--------------|----------------------------|----------------------------|---------------|--------------|
| km           | km <u>40614</u>            | km <u>40622</u>            | km            | km           |
| <u>40608</u> | Hora Chegada <u>06:45.</u> | Hora Chegada <u>07:15.</u> | Hora Chegada  |              |
| Hora         | Hora Saída <u>07:15.</u>   | Hora Saída <u>07:33</u>    | Hora Saída    | Hora         |
|              | Visto Origem               | Vista Destino              | Vista Destino |              |
|              | <u>06:20 Itajana</u>       | <u>07:30 Rio</u>           |               |              |

Neurológica  Lúcido  Orientado  Conciente  Desorientado  Inconsciente

Pupilas  Isocôricas  Anisocôrica  Midriátrica  Miotica  D ou E  É Maior

Respiratória  Eupnêico  Taquicardia  Bradiacardia  Apnéia  Cheyne Stokes  Biot  Kussmaul

Circulatório  Pulso normocadiaco  Ritítmico  Arritmico  Dicrotico  Taquifgmia  Brasisfgmia  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 |
|------|---------------|-----------|----|---------|------|------------|-----|
|      | <u>129x75</u> | <u>90</u> |    |         |      | <u>95%</u> |     |
|      |               |           |    |         |      |            |     |
|      |               |           |    |         |      |            |     |
|      |               |           |    |         |      |            |     |

### Abertura ocular

- Espontânea 4
- voz 3
- A dor 2
- Nenhuma 1

### Resposta Verbal

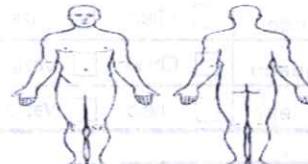
- Orientada 5
- Confusa 4
- Palavras Improórias 3
- Palavras Incomprêencivas 2
- Nenhuma 1

### 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.

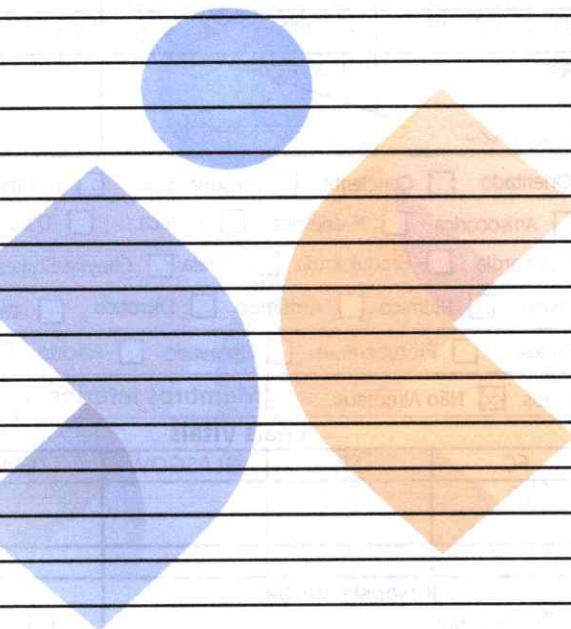
Estou ciente das intervenções necessárias da equipe médica para a segurança do transporte, e dos eventuais riscos que envolvam a viagem que será realizada

|        |            |
|--------|------------|
| Nome   | assinatura |
| RG/CPF |            |

## Observações Médicas / Enfermeiros

Pcto prestador, acamado, eupneica, PA 129x75, P. 90, SAT. 95%, SIC CA menor  
pcto paliativo, seguiu viagem de ida sem mais intercorrências.

Angelita C.S. Araujo  
AE de Enfermagem  
CONCEPÇÃO DE  
COSTA DE  
SANTOS  
Mogi das Cruzes - SP



### 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 - Pequeno                                    | <input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso | Quantos Bar Utilizou                             |  |
|          | <b>Médico Responsável</b><br><i>[Signature]</i> | <b>Enfermagem Responsável</b><br><i>Angeleita</i>   | <b>Condutor Socorrista</b><br><i>[Signature]</i> |  |
|          | Data _____                                      | Data _____  | Data _____                                       |  |