

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

EMPRESA P.P. PINAS Solicitante Andrade. Data 18.08.24

Origem: Eventos x Contato:

Nome: SUZI JANE Idade \_\_\_\_\_ Contato:

Sexo  Masculino

Feminino

**SUS / CONVENIO** Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>29128.</u>	km	km	km
<u>29126.</u>	Hora Chegada <u>07:37</u>	Hora Chegada	Hora Chegada	
Hora	Hora Saída	Hora Saída	Hora Saída	Hora
<u>07:30</u>	Visto Origem <u>19:00</u>	Vista Destino	Vista Destino	

Neurológica  Lúcido  Orientado  Conciente  Desorientado  Inconsciente

Pupilas  Isocóricas  Anisocorica  Midriátrica  Miotica  D ou E  É Maior

Respiratória  Eupnéico  Taquicardia  Braquicardia  Apnéia  Cheyne Stokes  Biot  Kussmaul

Circulatório  Pulso normocadiaco  Ritítmico  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	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input type="checkbox"/> Espontânea 4	<input type="checkbox"/> Orientada 5	<input type="checkbox"/> Obdece comandos 6
<input type="checkbox"/> voz 3	<input type="checkbox"/> Confusa 4	<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5
<input type="checkbox"/> A dor 2	<input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3	<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Palavras Incomprêencivas 2	<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3
	<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2
		<input type="checkbox"/> Nenhuma

TRAUMA	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
	Escoriação									
Cont										
Ferim										
Luxa										
Frat										
Lace										
Secç										

QUEIMADURAS	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.

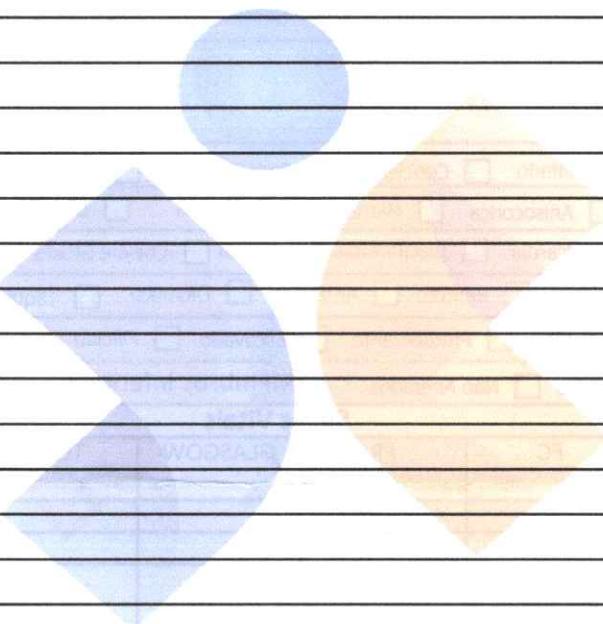
Estou ciente e orientado do quadro clínico do paciente para transporte e dos riscos envolvidos no transporte, podendo o paciente apresentar quadro clínico de instabilidade durante o percurso.

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

Realizamos a cobertura dos fogos (focos) na quadra da feira livre, Realizamos atendimentos em dois atelhos que encaminham para o Posto Socorso ou Pindaroranguá os primeiros sete casos iniciados em quadro à RPC



## 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	

Médico Responsável

Bluixi.

Data

/ /

Enfermagem Responsável

Silvana

Data

18 / 08 / 23

Condutor Socorrista

Nossandro

Data

/ /

Marta