

# 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** Renda x Praia clube   **Solicitante** Jonathas   **Data** 21.04.23

**Origem:** Boston   X   **Contato:** \_\_\_\_\_

**Nome:** Boston   **Idade** \_\_\_\_\_

**Sexo**  Masculino    Feminino

**SUS / CONVENIO**   **Nº CARTEIRINHA**

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>136450</u>	km	km	km
<u>136448</u>	Hora Chegada <u>16:01</u>	Hora Chegada	Hora Chegada	<u>136453</u>
Hora	Hora Saída <u>17:50</u>	Hora Saída	Hora Saída	Hora
<u>15:54</u>	Visto Origem <u>17:50</u>	Vista Destino	Vista Destino	<u>18:02</u>

**Neurológica**    Lúcido    Orientado    Conciente    Desorientado    Inconsciente

**Pupilas**    Isocôricas    Anisocôrica    Midriátrica    Miotica    D ou E    É Maior

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

**Circulatório**    Pulso normocadiaco    Ritímico    Arritmico    Dicrotico    Taquisfmgia    Brasismgia    Filiforme

**Abdomem**    Plano    Globoso    Protuberante    Escavado    Flácido    Em Avental

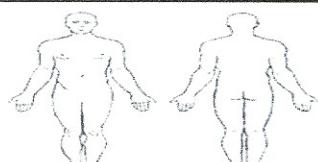
**Membros Superior**    Alterados    Não Alterados   **Membros Inferiores**    Alterados    Não Alterados

## 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 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

Sem Tolerância

## 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 - Pegueno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	

Médico Responsável

Data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Enfermagem Responsável

Laniana

Data 21/04/23

Condutor Socorrista

Adriano de Oliveira  
Data 21/04/23