

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

EMPRESA P. ADPEJ   Solicitante Dr. Claudio   Data 08.01.24

Origem: S. CASA CRUZEIRO x H. P. SANTOS CAMPOS x

Nome: ISRAEL ROSENBERG   Idade 79   Contato:

Sexo   ☒ Masculino   ☐ Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
144823	144836	145067		
Hora	Hora Chegada	Hora Chegada	Hora Chegada	
	08:00	10:30		
	Hora Saída	Hora Saída	Hora Saída	Hora
	09:20			
	Visto Origem	Visto Destino	Visto Destino	
07:30				

Neurológica   ☒ Lúcido   ☒ Orientado   ☒ Conciente   ☐ Desorientado   ☐ Inconsciente

Pupilas   ☐ Isocóricas   ☐ Anisocóricas   ☐ Midríaticas   ☐ Mioticas   ☐ D ou E   ☐ É Maior

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

Circulatório   ☒ Pulso normocardiaco   ☐ Ritímico   ☐ Arritmico   ☐ Dicrotico   ☐ Taquissfmgia   ☐ Bradisfmgia   ☐ 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
10:39	12/9	88	16			95	

## Abertura ocular

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

## Resposta Verbal

- ☒ Orientada 5  
☐ Confusa 4  
☐ Palavras Improórias 3  
☐ Palavras Incompreêncivas 2  
☐ Nenhuma 1

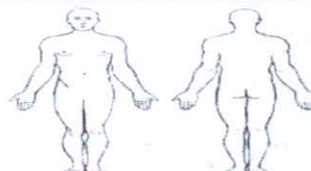
## Resposta Motora

- ☒ 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 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

Paciente LOTE, sinais vitais dentro da normalidade.  
 Remissão sem intercorrências.

DR. JANDERSON DE S. AZEVEDO  
 MÉDICO  
 CRM 143467-SP

## Materiais Utilizados

REALVIDAS

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	

DR. JANDERSON DE S. AZEVEDO Médico Responsável CRM 143467-SP Data ____/____/____	Enfermagem Responsável <i>Santos</i> Data ____/____/____	Conductor Socorrista <i>[Assinatura]</i> Data ____/____/____
---	--	--