

# Ficha de Acompanhamento

OS

<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA	<input type="checkbox"/> UTI ADULTO	<input type="checkbox"/> UTI INFANTIL	<input type="checkbox"/> UTI NEO	<input type="checkbox"/> UTI ÁREA	<input checked="" type="checkbox"/> EVENTOS	<input type="checkbox"/> PARTICULAR	<input type="checkbox"/> APH
<input type="checkbox"/> EXAMES	<input type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR		<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> INTERNACÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT
				<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.	Outros	

Tipos de Exames       CATE     TOMO     RX     CPRS  
 GTT     TQT /TOM     US     RMN     T. C. HIPER.

Outros

EMPRESA Prof. Pindos      Solicitante Floros      Data 7-10-22

Origem: Ponta      X BAR EDMUNDO      X Pindos

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_

Sexo  Masculino  Feminino

SUS / CONVENIO \_\_\_\_\_ Nº CARTEIRINHA \_\_\_\_\_

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>129701</u>	km	km	km
<u>129628</u>	Hora Chegada <u>19:10</u>	Hora Chegada	Hora Chegada	
Hora	Hora Saída <u>21:30</u>	Hora Saída	Hora Saída	Hora
	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	
	<u>18:20</u>			

Neurologica  Lucido  Comunicativo  Orientado  Conciente  Desorientado  Inciente  Confuso

Pupilas  Pupilas Isocóricas  Pupilas Anisocóricas  Foto Reagente  Foto Não Reagente  D ou E  É Maior

Respiratória  Taquicardia  Bradiardia  Positiva  Negativa

Circulatório  Pulso  Sem Pulso  Pulso Forte  Filiforme

Abdomem  Plano  Globoso  Rígido  Flácido

Membros Superior  Alterados  Não Alterados      Membros Superior  Alterados  Não Alterados

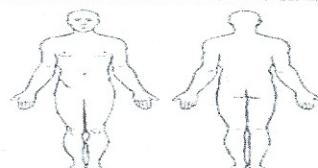
## Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
Abertura ocular		Resposta Verbal			Resposta Motora		

<input type="checkbox"/> Espontânea 4 <input type="checkbox"/> voz 3 <input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1 ..	<input type="checkbox"/> Orientada 5 <input type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Palavras Improprias 3 <input type="checkbox"/> Palavras Íncompreensias 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Obdece comandos 6 <input type="checkbox"/> Localiza Dor 5 <input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4 <input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3 <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								
	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie
I									
II									
III									



## Consentimento para transporte de Pacientes

Declaro que fui orientado pelos 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

## Materiais Utilizados

Oxigenio	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  
Claudemir da Silva  
Téc. de Enfermagem  
COREN-SP 460.605

Data 7/10/22

Condutor Socorrista

Data 07/10/22

18:30  
21:30

21:30