

# 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 UNIMED - PINHA Solicitante REC'D Data 17.08.14

Origem: H.U. CACAPAVA x C.VIDA x H.U. CACAPAVA

Nome: Shirley Gabrielly da Silva Idade \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_

Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO Unimed Nº CARTEIRINHA 004450988800079

| Saída Base     | Origem   | Destino   | Destino   | Chegada Base |
|----------------|--|---|---|--------------|
| km             | km   | km  | km  | km           |
| <u>148 236</u> | <u>148 282</u>   | <u>148 284</u>  | <u>148 286</u>  |              |
| Hora           | Hora   | Hora  | Hora  | Hora         |
|                | <u>00:05</u>   | <u>00:20</u>  | <u>00:53</u>  |              |
|                | <u>00:15</u>   | <u>00:40</u>  |   |              |
| <u>23:30</u>   | Visto Origem<br><u>Enfermeiro Ricardo Teodoro</u><br>COREN-SP 367806 | Vista Destino<br><u>Enfermeiro</u><br>COREN-SP 367806 | Vista Destino<br><u>Enfermeiro</u><br>COREN-SP 367806 |              |

Neurológica ☒ Lúcido ☐ Orientado ☐ Conciente ☐ Desorientado ☐ Inconsciente

Pupilas ☒ Isocóricas ☐ Anisocórica ☐ Midriática ☐ Miotica ☐ D ou E ☐ É Maior

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

Circulatório ☐ Pulso normocardiaco ☐ Ritímico ☐ Arritmico ☐ Dicrotico ☐ Taquissfmgia ☐ 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 |
|------|-----------------|-----------|-----------|-----------|-------------|------------|-----|
|      | <u>120 x 70</u> | <u>68</u> | <u>18</u> | <u>15</u> | <u>36.6</u> | <u>97%</u> |     |
|      |                 |           |           |           |             |            |     |
|      |                 |           |           |           |             |            |     |

## Abertura ocular

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

## Resposta Verbal

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

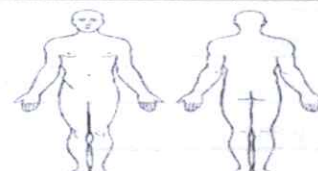
## Resposta Motora

- ☒ 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 |     |      |       |      |       |     |     |     |     |



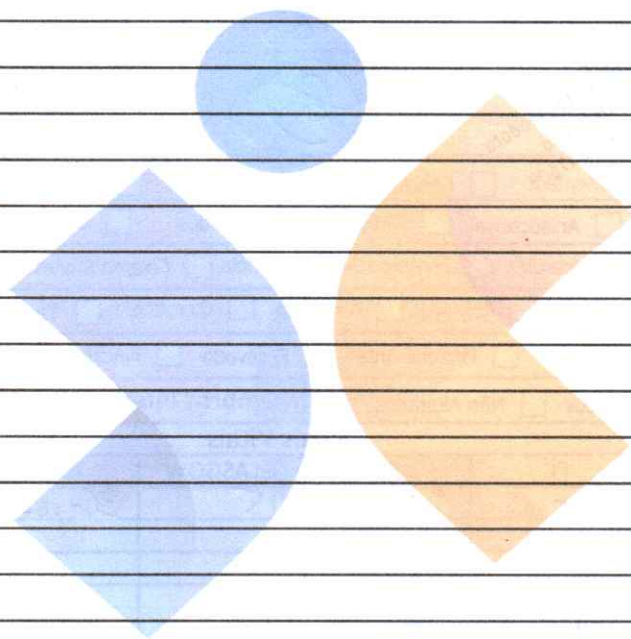
## Consentimento para transporte de Pacientes

Declaro que fui orientado pela equipe da 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

Realizado transporte paciente para Tomografia com acompanhamento  
Comunicação com o médico \_\_\_\_\_ dr.



## 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 |  |

Médico Responsável

Data

Enfermagem Responsável

Data

Conductor Socorrista

Data