

# Ficha de Acompanhamento

<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"/> ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT	

Tipos de Exames	<input type="checkbox"/> CATE	<input type="checkbox"/> TOMO	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	<input type="checkbox"/> OUTROS
	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT / TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T.C. HIPER.	

EMPRESA	P. 01023	Solicitante	Prefeitura Pindamonhangaba	Data
---------	----------	-------------	----------------------------	------

Origem:	Parque da Cidade	x
---------	------------------	---

Nome:	Idade	Contato:
-------	-------	----------

Sexo	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino	<input checked="" type="checkbox"/> Feminino
------	---	--

SUS / CONVENIO	Nº CARTEIRINHA
----------------	----------------

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km 130 859	km	km	km
130 859	Hora Chegada 17:58	Hora Chegada	Hora Chegada	130 870
Hora	Hora Saida 23:42	Hora Saida	Hora Saida	Hora
	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	00:00
17:40				

Neurológica	<input type="checkbox"/> Lúcido	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Conciente	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Inconsciente
-------------	---------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Pupilas	<input type="checkbox"/> Isocôricas	<input type="checkbox"/> Anisocôrica	<input type="checkbox"/> Midriátrica	<input type="checkbox"/> Miotica	<input type="checkbox"/> D ou E	<input type="checkbox"/> É Maior
---------	-------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

Respiratória	<input type="checkbox"/> Eupnêico	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Braquicardia	<input type="checkbox"/> Apnéia	<input type="checkbox"/> Cheyne Stokes	<input type="checkbox"/> Biot	<input type="checkbox"/> Kussmaul
--------------	-----------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------	--	-------------------------------	-----------------------------------

Circulatório	<input type="checkbox"/> Pulso normocadiaco	<input type="checkbox"/> Ritímico	<input type="checkbox"/> Arritmico	<input type="checkbox"/> Dicrotico	<input type="checkbox"/> Taquisfmgia	<input type="checkbox"/> Brasifgmia	<input type="checkbox"/> Filiforme
--------------	---	-----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------

Abdomem	<input type="checkbox"/> Plano	<input type="checkbox"/> Globoso	<input type="checkbox"/> Protuberante	<input type="checkbox"/> Escavado	<input type="checkbox"/> Flácido	<input type="checkbox"/> Em Avental
---------	--------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------

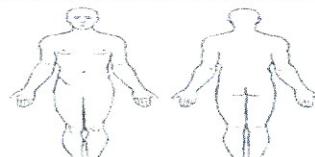
Membros Superior	<input type="checkbox"/> Alterados	<input type="checkbox"/> Não Alterados	Membros Inferiores	<input type="checkbox"/> Alterados	<input type="checkbox"/> Não Alterados
------------------	------------------------------------	--	--------------------	------------------------------------	--

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 Improórias 3 <input type="checkbox"/> Palavras Incomprêencivas 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

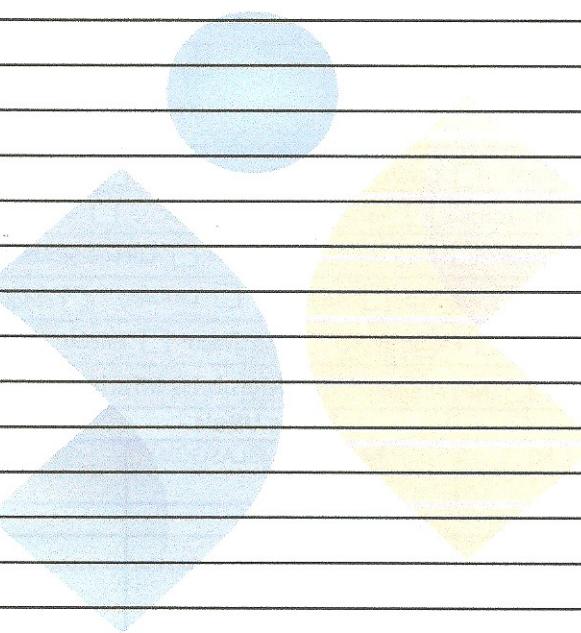
Declaro que fui orientado pela equipe da ambulancia e médicos verbalmente sobre o quadro clínico do paciente.  
Estou ciente e orientado do quadro clínico do paciente para transporte e dos riscos envolvidos no transporte, podendo o paciente apresentar quadro clínico de instabilidade durante o percurso.

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

22:55 - Encaminhado paciente para o PS municipal Várzea  
proxíma Baixa, Batinantes cheos. — Inf.



## Materiais Utilizados

REFEIRAS 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

Data

Enfermagem Responsável

Renata

Data 08/07/23

Condutor Socorrista

Eduardo

Data 08/07/23