

# Ficha de Acompanhamento

OS

☐ 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 Medsalva Solicitante Edelson Data 26/04/24

Origem: HRSSC x H. Policlínica 9 julho x

Nome: Jaqueline Jacottin Junqueira de Rezende Idade 47 Contato:

Sexo ☐ Masculino ☒ Feminino

SUS / CONVENIO Rede Nº CARTEIRINHA 00785300000460019

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>40614</u>	km <u>40622</u>	km	km
<u>40608</u>	Hora Chegada <u>06:45</u>	Hora Chegada <u>07:15</u>	Hora Chegada	
Hora	Hora Saída <u>07:15</u>	Hora Saída <u>07:33</u>	Hora Saída	Hora
<u>06:20</u>	Visto Origem <u>Agência</u>	Visto Destino <u>Agência</u>	Visto Destino	

Neurológica ☐ Lúcido ☐ Orientado ☐ Conciente ☐ Desorientado ☐ Inconsciente

Pupilas ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Midrítricas ☐ Mioticas ☐ D ou E ☐ É Maior

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

Circulatório ☒ Pulso normocardiaco ☒ Ritímico ☐ Arritmico ☐ Dicrotico ☐ Taquisfmgia ☐ 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>129x75</u>	<u>90</u>				<u>95%</u>	

## Abertura ocular

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

## Resposta Verbal

- ☐ Orientada 5  
☐ Confusa 4  
☐ Palavras Improprias 3  
☐ Palavras Incompreensíveis 2  
☒ Nenhuma 1

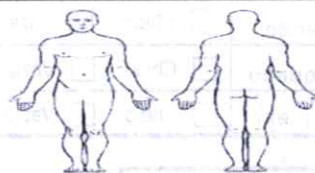
## Resposta Motora

- ☐ 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

Pto. prestador, chamada, eupneica, PA 129 x 75 P. 90 BAT. 95%, SIC CA macia  
 Pto. paliativo, pediu viagem de ida sem mais intercorrências.


Angela C. Araujo  
 Enfermeira  
 C.R.E.N. 30311  
 T. 11 30311 30311

## 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	

<b>Médico Responsável</b>  <b>Data</b> ____/____/____	<b>Enfermagem Responsável</b>  <b>Data</b> ____/____/____	<b>Condutor Socorrista</b>  <b>Data</b> ____/____/____
--	--	---