

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

**EMPRESA** CASA DE SAÚDE .    **Solicitante** MAYARA.    **Data** 21/08/23

**Origem:** P. PINHA x HOSP. TOJUCA x

**Nome:** LUCIA NAQOKA    **Idade** 93.    **Contato:**

**Sexo**  Masculino     Feminino

**SUS / CONVENIO** UNINÉC. d. ssc.    **Nº CARTEIRINHA** 057.200.011.500.001

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km 29150.	km 29157	km 29159	km
29144	Hora Chegada 09:34	Hora Chegada 10:00	Hora Chegada 10:20	
Hora	Hora Saida 09:42.	Hora Saida 10:10.	Hora Saida	Hora
09:21	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	

**Neurológica**  Lúcido     Orientado     Conciente     Desorientado     Inconsciente

**Pupilas**  Isocôricas     Anisocorica     Midriátrica     Miotica     D ou E     É Maior

**Respiratória**  Eupnético     Taquicardia     Bradiardia     Apnéia     Cheyne Stokes     Biot     Kussmaul

**Circulatório**  Pulso normocadiaco     Ritítmico     Arritmico     Dicrotico     Taquifgmia     Brasisfgmia     Filiforme

**Abdome**  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
10:00	100x69	49	15	73	36.6	90	

### Abertura ocular

Espontânea 4  
 voz 3  
 A dor 2  
 Nenhuma 1

### Resposta Verbal

Orientada 5  
 Confusa 4  
 Palavras Improórias 3  
 Palavras Incomprêencivas 2  
 Nenhuma 1

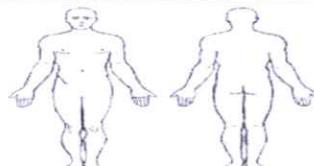
### Resposta Motora

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 ambulância 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

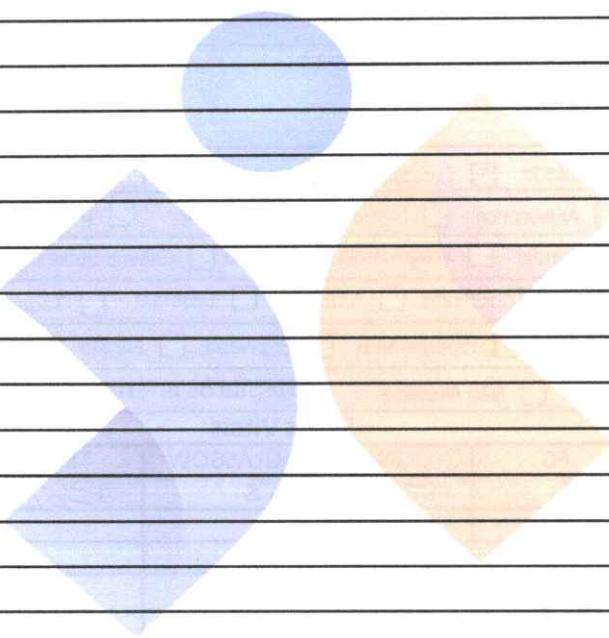
Nome

assinatura

RG/CPF

## Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente em sua residência orientado 891. bpt 48 morintado para hospital 70 de julho, após seu internio \_\_\_\_\_ dph.



## Materiais Utilizados

REAL 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 - Pegueno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	

Médico Responsável

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Enfermagem Responsável

Data 09 / 08 / 23

Condutor Socorrista

Data 21 / 08 / 23