

# 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 type="checkbox"/> EVENTOS	<input type="checkbox"/> PARTICULAR	<input type="checkbox"/> APH
<input checked="" 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	<input type="checkbox"/>

**Tipos de Exames**  CATE  TOMO  RX  CPRS  PET SCAM  
 GTT  TQT/TQM  US  RMN  T.C. HIPER. Outros

EMPRESA H. UNIMED CAC/PAUS Solicitante MAURO Data 28/01/2023  
Origem: H. V. CAC/PAUS x C. VIDA x H. V. CAC/PAUS

Nome: Resario costa manso Fontenelle Idade 40 Contato:

Sexo  Masculino  Feminino

SUS / CONVENIO Unimed corujinha pp Nº CARTEIRINHA 9700019001681614

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>132932.</u>	km <u>132838.</u>	km <u>132838</u>	km
<u>132824</u>	Hora Chegada <u>02:05.</u>	Hora Chegada <u>02:25</u>	Hora Chegada <u>03:15.</u>	<u>133000</u>
Hora	Hora Saída <u>02:20</u>	Hora Saída <u>03:03.</u>	Hora Saída <u>03:25</u>	Hora
	Visto Origem <u>Mans</u>	Vista Destino <u>eu</u>	Vista Destino <u>Mans</u>	
<u>01:00</u>				

Neurológica  Lúcido  Orientado  Conciente  Desorientado  Inconsciente

Pupilas  Isocóricas  Anisocorica  Midriátrica  Miotica  D ou E  É Maior

Respiratória  Eupnéico  Taquicardia  Braquicardia  Apnéia  Cheyne Stokes  Biot  Kussmaul

Circulatório  Pulso normocadiaco  Ritímico  Arritmico  Dicrotico  Taquisfmgia  Brasisfmgia  Filiforme

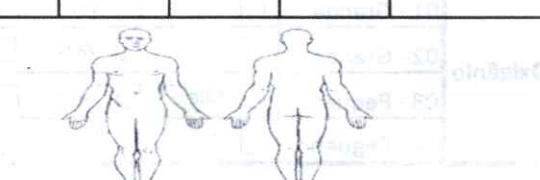
Abdomem  Plano  Globoso  Protuberante  Escavado  Flácido  Em Avental

Membros Superior  Alterados  Não Alterados Membros Inferiores  Alterados  Não Alterados

## Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

TRAUMA	Descrição	Resposta Verbal								Resposta Motora								
		Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie	Obdece comandos	Localiza Dor	Movimentos de retardia	Flexão Anormal	Extensão Anormal	Nenhuma		
	Escoriação																	
	Cont																	
	Ferim																	
	Luxa																	
	Frat																	
	Lace																	
	Secç																	

TRAUMA	QUEIMADURAS																	
	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie	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 <u>Bento Boa Vista</u>	assinatura <u>Bento</u>
RG/CPF <u>00000000000</u>	

## Observações Médicas / Enfermeiros

admitido paciente do unimed coropava, para clínico visto, para exame de Torno, após exame retornável para hospital de engem sem intercorrência

### 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

Lauany Antunes Gonzaga  
Técnica de Enfermagem  
COREN-SP 07111936

Condutor Socorrista

Data