

## 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 ☐ TOT /TOM ☐ US ☐ RMN ☐ T. C. HIPER. ☐ Outros

EMPRESA	Solicitante	Data
H. J. N. S. A.		23.05.23

Origem: João Pulo X

Nome: BASQUETE masculino Idade: Contato:

Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino

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

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km 24278	km	km	km
24276	Hora Chegada 18:30	Hora Chegada	Hora Chegada	24280
Hora	Hora Saída 20:30	Hora Saída	Hora Saída	Hora
18:15	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	20:42

Neurológica ☐ Lúcido ☐ Orientado ☐ Conciente ☐ Desorientado ☐ Inconsciente

Pupilas ☐ Isocóricas ☐ Anisocórica ☒ Midriátrica ☐ Miotica ☐ D ou E ☐ É Maior /

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

Circulatório ☐ Pulso normocardiaco ☐ Ritimico ☐ Arritimico ☐ Dicrotico ☐ Taquifgmia ☐ Bradisfgmia ☐ Filiforme

Abdomem ☐ Plano ☐ Globoso ☐ Protuberante ☐ Escavado ☐ Flácido ☐ Em Aventura

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

## Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

### Abertura ocular

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

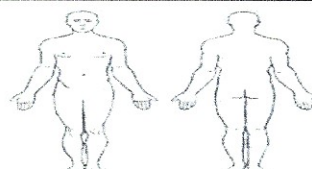
**Resposta Verbal**

- ☐ 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

<b>TRAUMA</b>	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
	Escoriação									
	Cont									
	Ferim									
	Luxa									
	Frat									
	Lace									
	Secc									

[illegible]

### 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

## Materiais Utilizados

Oxigênio	01 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso	Quanto Bar Utilizou	
	02 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso	Quanto Bar Utilizou	
	03 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso	Quanto Bar Utilizou	
	04 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso	Quanto Bar Utilizou	

Médico Responsável

Data

Enfermagem Responsável

Data

Condutor Socorrista

Data

*Luciana*

*23/05/23*

*Wizlano Pereira*

*23/05/23*