

FICHA DE EVOLUÇÃO (Preenchimento Obrigatório)

Data:	___/___/___	Ambulância:		Km Inicial:			Km Final:	
	Ambulância Básica		UTI Móvel Adulto		UTI Móvel Pediátrica		UTI Neonatal	
	Com Espera		Sem Espera		Com Retorno		Sem Retorno	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

*Nome: _____

*Acompanhante: _____ Grau de Parentesco: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ *Sexo: () Feminino () Masculino - Idade: _____

CPF: _____ RG: _____ Nº Cartão SUS: _____

Nome da mãe: _____

Endereço: _____ Nº: _____ Bairro: _____

*Município: _____ Estado: _____ Telefone: () _____

*UNIDADE DE ORIGEM: _____

*Município: _____ *Médico Solicitante: _____

*UNIDADE DE DESTINO: _____

*Município: _____ Contato: _____

MOTIVO DA REMOÇÃO:

*AUTORIZAÇÃO DE TRANSPORTE

Eu, _____, na qualidade de _____, portador do RG _____, autorizo o transporte do referido e declaro ter recebido informações do () médico(a) e/ou () enfermeiro(a)/técnico(a) responsável pela remoção sobre a necessidade e dos riscos inerentes durante o traslado como instabilidade e/ou óbito.

Assinatura do Responsável

*RECUSA DE TRANSPORTE

Eu, _____, na qualidade de _____, portador do RG _____, declaro ter recebido informações sobre a necessidade de transferência, porém não autorizo o transporte e assumo total responsabilidade pela recusa, mesmo que isto traga danos à saúde do paciente, isentando de qualquer responsabilidade a equipe do Ciscel.

Motivo da recusa: _____

Assinatura do Responsável

***MotivodaTransferência:** _____

Diagnóstico: _____

História Progressa: _____

Oxigenoterapia: () AA () CN _____ l/min () MF _____ l/min () Hood _____ l/min () Outro: _____ - _____ l/min

Ventilação Mecânica: Modo () PCV () VCV () PSV/CPAP () Outros: _____

R.Time: _____ T.Ins seg: _____ Freq cpm: _____ FiO2: _____ Fluxo l/min: _____ PEEPcmH₂O: _____

Sens cmH₂O: _____ I:E: _____

Dispositivos Invasivos: () SVD () SNG () SNE () TQT () GTT () Ostomia () TOT nº _____ () Dreno: Local _____

Acesso Venoso: () AVP () ACV - Local _____ Outros: _____

Contenção: () Não () Sim - Qual: _____

Imobilização: () Não () Sim – () Prancha/Tirante () Bachal () Colar Cervical () Outro: _____

*MEDICAÇÕES

Alergia Medicamentosa: () Não () Sim – Qual?: _____

Aminas

Sedação

Outras

DADOS

UNIDADE DE ORIGEM

DURANTE TRANSPORTE

UNIDADE DE DESTINO

Glasgow

Pupila para Trauma: _____
AO: _____ RM: _____ RV: _____
Total: _____

Pupila para Trauma: _____
AO: _____ RM: _____ RV: _____
Total: _____

Pupila _____ para
Trauma: _____
AO: _____ RM: _____ RV: _____
Total: _____

PA

FC

FR

Sat. O₂%

T.ax

Glic. Capilar

Temp. Incub.

BCF

***Evolução Médica:**

***Evolução de Enfermagem:**

***HORÁRIOS DE ATENDIMENTO**

Saída Base ____:____ Chegada Origem ____:____ Saída Origem ____:____ Chegada Destino ____:____
Saída Destino ____:____ Retorno Origem ____:____ Retorno Base ____:____

***EQUIPE DE TRANSFERÊNCIA:**

Médico(a): _____ Enfermeiro(a)/Técnico(a): _____
Motorista: _____ Teste Bafômetro: Nº _____ Horário: ____:____

***RECEPTOR NA UNIDADE DE DESTINO:**

MATERIAIS UTILIZADOS

QUANT	MATERIAL	QTD.	MATERIAL

MEDICAÇÕES E SOLUÇÕES UTILIZADAS

Observações:

*Data: ____/____/____

*MÉDICO: _____

*PACIENTE: _____

*TIPO DE REMOÇÃO: () INTERNA () EXTERNA () COM RETORNO KM TOTAL: _____

*CIDADE DE ORIGEM: _____

*CIDADE DE DESTINO: _____

OBSERVAÇÃO: _____

*ASSINATURA: _____