

Ficha de Acompanhamento

OS: 1753
VTR: 798 - JUMPER

| | | | | | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|--|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> BÁSICA | <input type="checkbox"/> EXAMES | <input checked="" type="checkbox"/> UTI ADULTO | <input type="checkbox"/> UTI NEO | <input type="checkbox"/> EVENTOS | <input type="checkbox"/> PARTICULAR | | |
| APH | X TRASF. HOSPITALAR | ALTA HOSPITALAR | INTERNAÇÃO | SIV - INT | | | |
| Tipos de Exames | | CATE GTT | TOMO TQT /TQM | RX US | CPRS RMN | PET SCAM T. C . HIPER | Outro: |

Empresa: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
Solicitante: NIR
Data: 01/09/2025
Origem: SANTA CASA MISERICÓDIA DE APARECIDA - APARECIDA
X SANTA CASA SAÚDE SÃO JOSÉ - SÃO JOSÉ
CAMPOS | SP X SANTA CASA SAÚDE SÃO JOSÉ - SÃO JOSÉ
CAMPOS | SP

Nome: MARCIO ROBERTO DO CARMO Idade: 51 Contato:
Sexo: Masculino Feminino
SUS/CONVENIO: SUS NºCARTEIRINHA: 41365663

| Saída Base | Origem | Destino | Destino | Chegada Base |
|-------------|---------------------|---------------------|---------------------|--------------|
| Km: 90078 | Km: 0 | Km: 90226 | Km: 90226 | Km: 90290 |
| Hora: 07:30 | Hora Chegada: 08:20 | Hora Chegada: 09:12 | Hora Chegada: 09:12 | Hora: 10:20 |
| | Hora Saída: 08:30 | Hora Saída: 10:00 | Hora Saída: 10:00 | |
| | Visto Origem: | Visto Destino: | Visto Destino: | |

Neurológica Lúcido Orientado Consciente Confuso Comunicativo Não Verbaliza

Pupilas Isocóricas Anisocorica Midriátrica Miótica D ou E É Maior

Respiratória Eupnéico Taquipneico Bradipneico Dispneico Apneia

Circulatório Normocárdico Tarquicardico Bradicardico Filiforme

Abdômen Plano Globoso Escavado Flácido Em Avental Gravidico

Membros Superior Alterados Não Alterados | Membros Inferiores Alterados Não Alterados

Sinais Vitais

| HORA | PA | FC | FR | GLASGOW | TEMP | Sat O2 | Hgt |
|------|--------|----|----|---------|------|--------|-----|
| | 125*90 | | | 15 | | | |

Abertura ocular:

Espontânea 4
voz 3 A dor 2
Nenhuma 1

Resposta Verbal:

Orientada 5
 Confusa 4
 Palavras Improórias 3
 Palavras Incompréhencivas 2

Resposta Motoria:

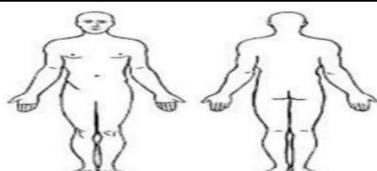
Obdece comandos 6
 Localiza Dor 5
 Movimentos de retardia 4

Flexão Anormal 3
Extensão Anormal 2
Nenhuma

| T R A U M A | 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

RG/CPF

Assinatura

Observações Médicas / Enfermeiros

PACIENTE TRANSFERIDO PARA AVALIAÇÃO SETOR QUEIMADOS, APOS AVALIAÇÃO O PACIENTE FOI INTERNADO



Materiais Utilizados

REALVIDAS

| Pedagios | Outros: | Refeição / Lanche | Sim | Não |
|----------|--------------|---|----------------------|-----|
| 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 Dr. Briet LUIZ BRIET DE ALMEIDA CRM/ 49794 Data ____/____/____ | Enfermagem Responsável ERIKA DOS SANTOS FONSECA Coren/ 691032 Data ____/____/____ | Condutor Socorrista <i>Aud.</i> CARLOS ALBERTO MARCONDES DE SOUZA CNH/ 1234546 Data ____/____/____ |
|---|--|--|