

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

798

<input type="checkbox"/> BÁSICA	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT

Tipos de Exames	<input type="checkbox"/> CATE	<input type="checkbox"/> TOMO	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	Outros	AUSCULTA. NEURO
	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT/TOM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.		

EMPRESA FUNDO MUNICIPAL SAÚDE Solicitante NIZ Data 17/01/25

Origem: S.C. APARECIDA x 4-RV-27 TAUBATE x

Nome: FEI. PÉ LUCIANO DA COSTA Idade 36 Contato:

Sexo Masculino

Feminino

SUS / CONVENIO SUS

Nº CARTEIRINHA 408505387179976

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>63432</u>	km <u>63766</u>	km <u>63811</u>	km <u>63813</u>	km <u>63813</u>
Hora Chegada <u>08:28N</u>	Hora Chegada <u>09:34</u>	Hora Chegada <u>10:34</u>	Hora Chegada <u>10:34</u>	
Hora <u>08:00</u>	Hora Saída <u>08:35N</u>	Hora Saída <u>10:26R</u>	Hora Saída	Hora <u>10:34</u>

Neurológica Lúcido Orientado consciente Confuso Comunicativo Não Verbaliza

Pupilas Isocóricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnélico Taquipneico Bradipneico Dispneico Apneia

Circulatório Normocárdico Tarquicardico Bradicardico Filiforme

Abdomem Plano Gioboso Protuberante 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
<u>08:45</u>				<u>15</u>			

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

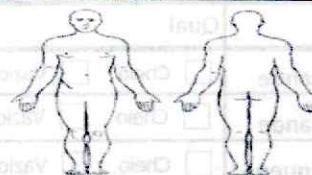
Resposta Motora

- 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

Ficha de Acompanhamento

05

VI

798

<input type="checkbox"/> BÁSICA	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> PET SCAM	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT						
Tipos de Exames		<input type="checkbox"/> CATE	<input type="checkbox"/> TOMO	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM					
		<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT/TOM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.	Outros <i>AUSCULTAÇÃO NEURO</i>				
EMPRESA		Solicitante		Data		17/01/25					
Origem: S.C. APARECIDA		x 4-2V-2 TABIBATE		x							
Nome: FELIPE LIMA DA COSTA		Idade 36		Contato:							
Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino		<input type="checkbox"/> Feminino									
SUS / CONVENIO SUS		Nº CARTEIRINHA 108505387179976									
Saída Base		Origem	Destino	Destino	Chegada Base						
km 63432		km 63766	km 63811	km 63813	km 63813						
Hora Chegada 08:28N		Hora Chegada 09:34	Hora Chegada 10:34	Hora Chegada 10:34	Hora Chegada 10:34						
Hora Saída 08:35N		Hora Saída 10:26h	Hora Saída	Hora Saída	Hora Saída						
Hora 08:00		Visto Oficial CORPO DE POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE SÃO PAULO CORPO DE POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE SÃO PAULO CORPO DE POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE SÃO PAULO	Vista Destino	Vista Destino	Vista Destino						
Neurológica <input checked="" type="checkbox"/> Lúcido <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Confuso		<input type="checkbox"/> Comunicativo <input type="checkbox"/> Não Verbaliza									
Pupilas <input checked="" type="checkbox"/> Isocônicas <input type="checkbox"/> Anisocorica <input type="checkbox"/> Midriátrica <input type="checkbox"/> Miotica		<input type="checkbox"/> D ou E <input type="checkbox"/> É Maior									
Respiratória <input checked="" type="checkbox"/> Eupnéico <input type="checkbox"/> Taquipneico <input type="checkbox"/> Bradipneico <input type="checkbox"/> Dispneico		<input type="checkbox"/> Apneia									
Circulatório <input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Tarquicardico		<input type="checkbox"/> Bradicardico <input type="checkbox"/> Filiforme									
Abdomem <input checked="" type="checkbox"/> Plano <input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Protuberante		<input type="checkbox"/> Escavado <input type="checkbox"/> Flácido <input type="checkbox"/> Em Avental <input type="checkbox"/> Gravidico									
Membros Superior		<input type="checkbox"/> Alterados <input checked="" type="checkbox"/> Não Alterados	Membros Inferiores		<input type="checkbox"/> Alterados <input checked="" type="checkbox"/> Não Alterados						
Sinais Vitais											
HORA 08:45	PA	FC	FR	GLASGOW 15	TEMP	Sat O2	Hgt				
Abertura ocular		Resposta Verbal			Resposta Motora						
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4 <input type="checkbox"/> voz 3 <input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1		<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5 <input type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3 <input type="checkbox"/> Palavras Incompreêncivas 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1			<input checked="" type="checkbox"/> Obdece comandos 6 <input type="checkbox"/> Localiza Dor 5 <input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4 <input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3 <input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2 <input type="checkbox"/> 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 _____											


**CENTRAL DE REGULAÇÃO ESTADUAL
CROSS**
**FICHA N°
SS-9091912-25**
Ficha Padrão**Identificação**

Data 16/01/2025	Hora 21:38:00	
CMRR COMPLEXO REGULATÓRIO SUL-SUDESTE	DRS DRS XVII - TAUBATÉ	
Unidade Solicitante PRONTO ATENDIMENTO APARECIDA	Município Aparecida Outros telefones	
Telefone (012) 31045555		
Médico Solicitante VITORYA SAMAHY RABELO PEDREIRA	CRM/RMS 192842	Celular (00)
Código do Paciente 35434589	Nome do Paciente FELIPE LUCIANO DA COSTA	Nome Social
Filiação 1 REGINA CELIA DO ESPIRITO SANTO COSTA	Sexo Masculino	Gênero
Data de Nascimento 04/05/1989	Idade 35 anos 8 meses 12 dias	Raça/Cor Parda
CNS 708505387179976	Município do Paciente ROSEIRA	
PAD MARCIA COURAS CARNEIRO	Regulador Atual CHRISTIANE BENVENUTI BUENO	Documento Regulador Atual CRM/RMS: 112249
Unidade de Regulação Atual CROSS		

Anexos

Arquivo	Tipo de Anexo	Usuário	Data/Hora
<u>FELIPE IMAGEM 1.jpeg</u>	OUTROS	PAD - SUZI SANTOS	16/01/2025 22:06:59
<u>FELIPE IMAGEM 2.jpeg</u>	OUTROS	PAD - SUZI SANTOS	16/01/2025 22:07:15
<u>FELIPE IMAGEM 3.jpeg</u>	OUTROS	PAD - SUZI SANTOS	16/01/2025 22:07:29
<u>FELIPE IMAGEM 4.jpeg</u>	OUTROS	PAD - SUZI SANTOS	16/01/2025 22:07:44

Dados Clínicos**FICHA PADRÃO****16/01/2025 21:54:40 - PAD - MARCIA COURAS CARNEIRO**

Data 16/01/2025 **Hora** 03:27
Admissão: 16/01/2025 **Admissão:** 03:27

P.A. 120 x 80 mmHg	FC 92	FR 18	Glasgow: Não informado	Peso	Circ. Abdominal	Altura
------------------------------	-----------------	-----------------	----------------------------------	-------------	------------------------	---------------

Acidente por Animal Peçonhento

NÃO

Tratamento Oncológico? NÃO**Resumo Clínico**

PACIENTE CHEGOU NO PRONTO ATENDIMENTO VITIMA DE AGRESSÃO FÍSICA, APRESENTA EDEMA E HEMATOMAS NA FACE. JA FEZ TOMOGRAFIA DE CRANIO E FACE.

Exame Físico
 PACIENTE EM SALA DE EMERGÊNCIA, AR AMBIENTE, CALMO, SONOLVENTO, POUCO RESPONSIVO, APRESENTA EDEMA LADO DIREITO FACE, ABDOMEN PLANO, PANTURRILHAS LIVRES.

Exames Subsidiários
 TOMOGRAFIA DE CRANIO E FACE. ESTAMOS AGUARDANDO OS LAUDOS.

Conduta Tomada
 SOLICITADO AValiação DO BUCO MAXILO.

Suspeita Monkeypox? NÃO**Dados Adicionais Executantes**

16/01/2025 22:35:29 - PAD - GABRIEL VALDIR BARBOZA - HOSPITAL REGIONAL DE SAO JOSE DOS CAMPOS
 HRSJC: VAGA NEGADA, NÃO DISPOMOS DO RECURSO SOLICITADO DE BUCO MAXILO NA URGÊNCIA. O MUNICÍPIO POSSUÍ A PRIMEIRA REFERÊNCIA DIRETA PODENDO CONDUZIR O CASO.