

# Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

520

<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 type="checkbox"/> EXAMES	<input type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR	<input checked="" 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  CATE  TOMO  RX  CPRS  PET SCAM  
 GTT  TQT / TQM  US  RMN  T. C. HIPER. Outros

EMPRESA H-ome care grupo sene Solicitante Juliane Data 18/10/24

Origem: H. hospital reag x Roridomcio x

Nome: Washington Souza gomes Idade 67 Contato: (21) 9911-84033

Sexo  Masculino  Feminino

SUS / CONVENIO Unimed Nº CARTEIRINHA 0865 823701 4396000

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>137135</u>	km <u>137750</u>	km <u>137175</u>	km	km <u>137218</u>
	Hora Chegada <u>12:50</u>	Hora Chegada <u>13:25</u>	Hora Chegada	
Hora <u>12:10</u>	Hora Saída <u>13:15</u>	Hora Saída <u>13:35</u>	Hora Saída	
	Visto Origem <u>Claudineia Alves Balieiro</u> <u>00000-00000-00000-00000</u>	Vista Destino <u>Juliane</u>	Vista Destino	Hora <u>14:22</u>

Neurológica  Lúcido  Orientado  Conciente  Desorientado  Inconsciente

Pupilas  Isocôricas  Anisocorica  Midriátrica  Miotica  D ou E  É Maior

Respiratória  Eupnêico  Taquicardia  Braquicardia  Apnéia  Cheyne Stokes  Biot  Kussmaul

Circulatório  Pulso normocadiaco  Ritimico  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

### 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

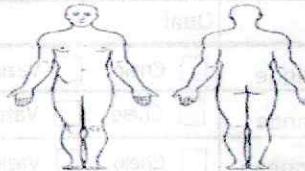
### Resposta Motora

- 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 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 Wanderson Muniz Souza

assinatura Wanderson Muniz Souza

RG/CPF 40909580-0 37635102865

## Observações Médicas / Enfermeiros

12:30 saído da base para o hospital copog em guaratim-gto. 12:50 - chegado no hospital copog para encaminho o paciente para residencia 13:15 - saido do hospital para encontros com paciente para residencia. 13:25 - chegado na residencia do paciente, paciente se encontrou no local desejado. 13:35 - saído da casa do paciente, para retorna para base, sem nenhuma intercorrência.

## Materiais Utilizados

REAL VIDAS

Pedágios	Qual	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 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	

Médico Responsável

Data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Enfermagem Responsável

Lauany Andrade Gonzaga  
Técnica de Enfermagem  
COREN-SP 001 906.996

Data 18/10/24

Condutor Socorrista

Rafael

Data 18/10/24