

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

318.

☐ 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 ☐ T. C. HIPER. ☐ Outros
☐ GTT ☐ TQT/TQM ☐ US ☐ RMN

EMPRESA ACC REMEDIOS Solicitante Luís Data 29.01.25

Origem: H. V. V. ALCO x CLINICA CHU x

Nome: JAQUELINE MOURA SANT'AN M. Idade Contato:

Sexo ☐ Masculino ☒ Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>171600</u>	km <u>171612</u>	km <u>17.676</u>	km	km
	Hora Chegada <u>18:04</u>	Hora Chegada <u>18:50</u>	Hora Chegada	
	Hora Saida <u>18:37</u>	Hora Saida <u>19:22</u>	Hora Saida	
Hora <u>16:30</u>	Visto Origem <u>Rafaela de Souza Delfim</u> COREN: <u>458.330-ENF</u>	Visto Destino <u>Dra. Sabrina Borges</u> Médica CRM <u>207238</u>	Visto Destino	Hora

Neurológica ☐ Lúcido ☒ Orientado ☒ consciente ☐ Confuso ☒ Comunicativo ☐ Não Verbaliza

Pupilas ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Midriática ☐ Miotica ☐ D ou E ☐ É Maior

Respiratória ☒ Eupnéico ☐ Taquipnéico ☐ Bradipnéico ☐ Dispneico ☐ Apneia

Circulatório ☐ Normocárdico ☐ Tarquicárdico ☐ Bradicárdico ☐ Filiforme

Abdomem ☒ Plano ☐ Globoso ☐ 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

Abertura ocular

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

Resposta Verbal

☒ Orientada 5
☐ Confusa 4
☐ Palavras Improórias 3
☐ Palavras Incomprêensivas 2
☐ Nenhuma 1

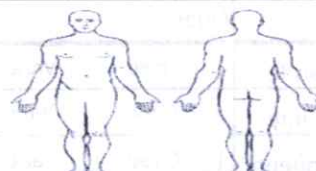
Resposta Motora

☒ Obedece 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	Perin	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

assinatura

RG/CPF

Observações Médicas / Enfermeiros

10:00 h. Cliente acordada, apresentando-se com sinais vitais, orientada, comunicativa. Mantendo AUP em MS(D), apresentando enfraquecimento de membro direito em MS(E) (antebraço) segundo a enfermagem foi com o auxílio realizado pela própria paciente em sono. Foi removida de maca, acompanhada da mãe + médica + enfermeira, após, do Hospital Uvale para o chuveiro com banho e sem intercorrências. Cliente calma, tranquila, sem agitação. — A

Andreza Siqueira
Enfermeira
COREN-SP 409980

Materiais Utilizados

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

Andreza Siqueira
Enfermeira
COREN-SP 409980

Data

24 / 01 / 25

Condutor Socorrista

Data