

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

520

<input type="checkbox"/> BÁSICA	<input type="checkbox"/> UTI ADULTO	<input type="checkbox"/> UTI INFANTIL	<input type="checkbox"/> UTI NEO	<input type="checkbox"/> UTI ÁREA	<input checked="" type="checkbox"/> EVENTOS	<input type="checkbox"/> PARTICULAR	<input type="checkbox"/> APH
<input type="checkbox"/> EXAMES	<input type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR		<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR		<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
	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TOT/TOM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.		

EMPRESA *Reflexos Linda* Solicitante *ANDREIA* Data *19/06/24*

Origem: *Campamento Futsal MASCULINO (QUADRA FERREIRIA)*

Nome: *Tiago loose (kore inocent)* Idade *25* Contato: *18996123490*

Sexo Masculino

Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <i>134677</i>	km	km	km
<i>134674</i>	Hora Chegada <i>19:23</i>	Hora Chegada	Hora Chegada	<i>134681</i>
Hora	Hora Saída <i>22:55</i>	Hora Saída	Hora Saída	Hora
	Visto Origem <i>19:05h</i>	Vista Destino	Vista Destino	<i>23:10</i>

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 Ritímico 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
<i>20:21</i>	<i>180/70</i>	<i>62</i>	<i>17</i>	<i>15</i>	<i>36.2</i>	<i>98%</i>	<i>—</i>

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

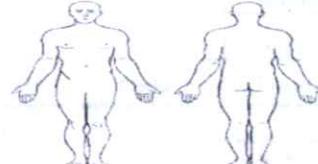
Resposta Motoria

- 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		<i>pele descolorida</i>								
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

Observações Médicas / Enfermeiros

União das Freguesias de São Pedro e São Paulo - CEP 09885-823

14/06/2024 - 20:00h. Realizado pronto atendimento em regime suspenso onde apresento febre tóxica, contorzo de aperto moderado de 1cm, paciente encontra-se consciente, comunicativo, sentado de braços e espasmos, Glucagon 15, utilizados 2 pinos de liso de procedimento e gozes, hidroclorato de cromo pequeno. Orientado o paciente e o técnico a encaminhá-lo para Unidade de Saúde para realização futura e avaliação médica.

Nágila Monteiro da Conceição Silva

Enfermeira

Coren-SP 832248

23/06/2024 Realizado exame gênero interconhecidos.

Nágila Monteiro da Conceição Silva

Enfermeira

Coren-SP 832248

Materiais Utilizados

1 compresso gaze e 1 stôdico crepe + G. f.

Nágila Monteiro da Conceição Silva
Enfermeira
Coren-SP 832248

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 _____/_____/_____

Enfermeira Responsável

Data 19/06/24

Condutor Socorrista

Wellington Oliveira
Data 14/06/24