

Ficha de Acompanhamento

OS
VTR

| | | | | | | | |
|---------------------------------|---|--|----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|
| <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 type="checkbox"/> EXAMES | <input checked="" type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR | <input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR | <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 |
| | <input type="checkbox"/> GTT | <input type="checkbox"/> TQT/TOM | <input type="checkbox"/> US | <input type="checkbox"/> RMN | <input type="checkbox"/> T. C. HIPER. | |

EMPRESA Cepog Solicitante C. de rogar Data 27-01-25

Origem: Recep. Cepog x Recep. Fru Godrás x

Nome: Wilma Maria Sant'Ana Moraes Idade 67 Contato: 31324378

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO Unimed Nº CARTEIRINHA 00207111000009013

| Saída Base | Origem | Destino | Destino | Chegada Base |
|-------------------|--|---|---------------|-------------------|
| km <u>171787</u> | km <u>171854</u> | km <u>171857</u> | km | km <u>171926</u> |
| | Hora Chegada <u>17:20</u> | Hora Chegada <u>17:40</u> | Hora Chegada | |
| | Hora Saída <u>17:30</u> | Hora Saída <u>17:58</u> | Hora Saída | |
| Hora <u>16:00</u> | Visto Origem <u>Michele Fernanda dos Santos</u> <u>Caren-SP 000 437 925 Enf</u> | Vista Destino <u>Monique dos Santos</u> <u>Ribeirão Preto-SP 793 666 Enf</u> | Vista Destino | Hora <u>19:16</u> |

Neurológica Lúcido Orientado consciente Confuso Comunicativo Não Verbaliza

Pupilas Isocóricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnáico Taquipneico Bradipneico Dispneico Apneia

Circulatório Normocárdico Tarquicardico Bradicardico 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 |
|---------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------|--------|-----|
| <u>190780</u> | <u>82</u> | <u>16</u> | <u>15</u> | <u>36</u> | <u>991.</u> | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Abertura ocular

- Espontânea 4
- voz 3
- A dor 2
- Nenhuma 1

Resposta Verbal

- Orientada 5
- Confusa 4
- Palavras Improórias 3
- Palavras Incomprêncivas 2
- Nenhuma 1

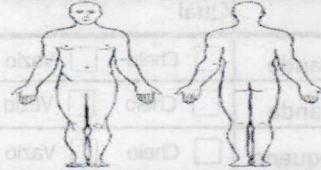
Resposta Motoria

- 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 | | | | | | | | | |
| | 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 José Geraldo Ferreira
RG/CPF X99 8899790

assinatura [Assinatura]

Observações Médicas / Enfermeiros

Cliente B6G, eupneico, em PA SAT 98%. Mantendo AVP em FC (1) infundindo amiodarona 16mg/h. Transferida para hosp. São Geraldo em ambulância de UTI, acompanhada pela enfermagem, esposo e Dr. Buit, sem nenhuma intervenção no trajeto.

Casta Jane de Toledo
COREN - SP 514223 - ENF

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 | | |
| <i>[Assinatura]</i> | | |
| Data | / | / |

| | |
|-------------------------------|-----------------|
| Enfermagem Responsável | |
| <i>[Assinatura]</i> | |
| COREN - SP 514223 - ENF | |
| Data | <i>27/01/25</i> |

| | |
|----------------------------|-----------------|
| Condutor Socorrista | |
| <i>[Assinatura]</i> | |
| Data | <i>27/01/25</i> |

RECEITUÁRIO

Conceição Aparecida R. Ferreira

Ritatório médicos

Paciente de 64 anos com história de
HAS e ICC, apresentou quadro de flutter atrial
visto em ECG por cardiologista. Ritmo
não controlado com Amiodarona.

Dedicou ambulância UTI para
transferência e internação em UTI.

Leticia Cesario Pereira
CRM SP 242905

27/01/23