

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

318

☒ BÁSICA ☐ UTI ADULTO ☐ UTI INFANTIL ☐ UTI NEO ☐ UTI ÁREA ☐ EVENTOS ☐ PARTICULAR ☐ APH
☐ EXAMES ☐ TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR ☐ ALTA HOSPITALAR ☒ INTERNAÇÃO ☐ SIV - INT

Tipos de Exames ☐ CATE ☐ TOMO ☐ RX ☐ CPRS ☐ PET SCAM ☐ PET SCAM
☐ GTT ☐ TQT /TQM ☐ US ☐ RMN ☐ T. C. HIPER. Outros

EMPRESA Articulare Solicitante _____ Data 11.06.21

Origem: 10 de julho x _____ x _____

Nome: Denny Cesar Coulenho Idade 90 Contato: 12982911940

Sexo ☐ Masculino ☒ Feminino

SUS / CONVENIO Unimed Nº CARTEIRINHA 0054.200056400010

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
<u>154663</u>	<u>154663</u>	<u>154670</u>		<u>154665</u>
Hora	Hora	Hora	Hora	Hora
	<u>14:40</u>	<u>14:37</u>		
	<u>14:50</u>			
	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	
<u>16:55</u>				<u>17:58</u>

Neurológica ☐ Lúcido ☐ Orientado ☐ Conciente ☐ Desorientado ☐ Inconsciente

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

Respiratória ☐ Eupnéico ☐ Taquicardia ☐ Braquicardia ☐ Apnéia ☐ Cheyne Stokes ☐ Biot ☐ Kussmaul

Circulatório ☐ Pulso normocardiaco ☐ Rítmico ☐ 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
<u>17:00</u>	<u>120x90</u>	<u>76</u>	<u>15</u>	<u>12</u>	<u>35,8</u>	<u>97</u>	<u>—</u>

Abertura ocular

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

Resposta Verbal

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

Resposta Motora

- ☐ Obdece comandos 6
☒ Localiza Dor 5
☐ Movimentos de retardia 4
☐ Flexão Anormal 3
☐ Extensão Anormal 2
☐ Nenhuma

TRAUMA	Descrição	Crã	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 _____ assinatura _____
 RG/CPF _____

Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente do lar próprio reside em família relatando sangramento na urina, excreta de sangue com alterações na urina, urina mais escura, paciente tem diminuição auditiva, conduzido para o Hospital 10 de julho

Elisângela de L. Faria
Técnica Enfermagem
COREN-SP 439793

Materiais Utilizados

REALVIDAS

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 Elisângela de L. Faria Data 10/06/24	Condutor Socorrista Data ____/____/____
--	--	---