

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

318.

| | | | | | | | |
|---------------------------------|---|---------------------------------------|--|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|
| <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"/> 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 | | |
| | <input type="checkbox"/> GTT | <input type="checkbox"/> TOT/TQM | <input type="checkbox"/> US | <input type="checkbox"/> RMN | <input type="checkbox"/> T. C. HIPER. | Outros | |

EMPRESA AC. Remocoes Solicitante C. V. G. S. Data 09/02/25
Origem: H. Policlin. São Paulo x H. P. Taubaté x

Nome: Marcos Luiz Sampaio Idade _____ Contato: _____
Sexo Masculino Feminino
SUS / CONVENIO SUS/ANIZIA Nº CARTEIRINHA SC0100016401K50108

| Saída Base | Origem | Destino | Destino | Chegada Base |
|-------------------|--|---------------------------|--------------|-------------------|
| km <u>172139</u> | km <u>172189</u> | km <u>172246</u> | km | km <u>172266</u> |
| | Hora Chegada <u>22:45</u> | Hora Chegada <u>00:00</u> | Hora Chegada | |
| | Hora Saida <u>23:00</u> | Hora Saida <u>00:15</u> | Hora Saida | |
| Hora <u>22:00</u> | Visto Origem Clínica Santa Ana de Oliveira Enfermeira Coren-SP 839438 | Vista Destino | | Hora <u>00:48</u> |

Neurológica Lúcido Orientado consciente Confuso Comunicativo Não Verbaliza

Pupilas Isocôricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnélico 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 |
|------|----|----|----|---------|------|--------|-----|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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 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

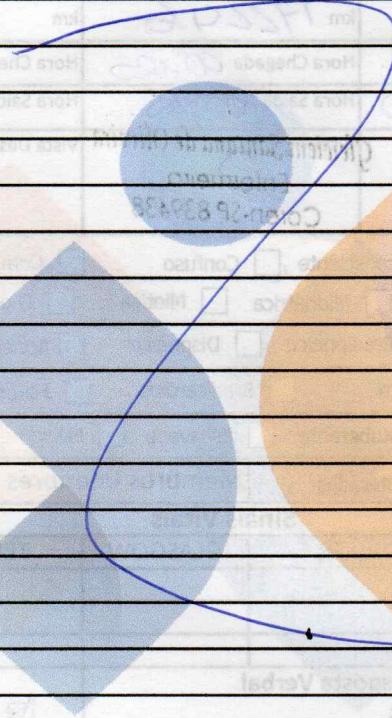
Nome Adelcio Dutra Pires

assinatura ADP

RG/CPF 12659250

Observações Médicas / Enfermeiros

Realizado no país em USA, com
aproximadamente 100 mil casos.
Glasgow (3/14), SNG em Námina (D)
Pedra (1 P + 1) em MSD, deixa no
estômago em Seito 2/11, passo P. Deu
frio e finalizo atendimento.



Materiais Utilizados

EM. 2:00 - 00:30.

REAL VIDAS

| Pedagios | 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

[Signature]

Data: _____/_____/_____

Enfermagem Responsável

[Signature]

Divonir de Jesus Antunes Jr.
COREN-SP: 269586-ENF

Data: _____/_____/_____

Condutor Socorrista

[Signature]

Data: _____/_____/_____