

16276 Km à 26341 Km - foi realizada outra remoção

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

498

<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 checked="" type="checkbox"/> EXAMES	<input 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 checked="" type="checkbox"/> TOMO	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> CPS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	Outros	<i>Documentos de acompanhamento</i>
	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT / TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.		

EMPRESA J.M. Reserva Solicitante Nic. Data _____

Origem: Santa Casa Ap. x Hosp. Reg. SSC. x Santa Casa Ap.

Nome: Caroline Marulli Monteiro Idade 11 Contato: _____

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO SUS Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>46187</u>	km <u>46276</u>	km <u>46928</u>	km
<u>46122</u>	Hora Chegada <u>12h</u>	Hora Chegada <u>13:15</u>	Hora Chegada <u>18:24</u>	
Hora	Hora Saída <u>12:15h</u>	Hora Saída <u>18:07</u>	Hora Saída <u>1</u>	Hora
	Visto Origem <u>area BF</u>	Vista Destino	Vista Destino <u>area BF</u>	
<u>10:20</u>	Lucas Barreto Ferreira CORNEP 578131 ENF		Lucas Barreto Ferreira CORNEP 578131 ENF	

Neurológica Lúcido Orientado Consciente Desorientado Inconsciente

Pupilas Isocôricas Anisocôrica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnêico Taquicardia Braquicardia Apnéia Cheyne Stokes Biot Kussmaul

Circulatório Pulso normocadiaco Ritímico Arritmico Dicrotico Taquifgmia Brasisfgmia 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

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input type="checkbox"/> Espontânea 4	<input type="checkbox"/> Orientada 5	<input type="checkbox"/> Obdece comandos 6
<input type="checkbox"/> voz 3	<input type="checkbox"/> Confusa 4	<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5
<input type="checkbox"/> A dor 2	<input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3	<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Palavras Incomprêencivas 2	<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3
	<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2
		<input type="checkbox"/> Nenhuma

TRAUMA	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
	Escoriação									
Cont										
Ferim										
Luxa										
Frat										
Lace										
Secç										

QUEIMADURAS	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 <u>Caroline Marulli Monteiro</u>	assinatura 
RG/CPF <u>012.685.733</u>	

Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente encontra-se em leito, cabeceras elevadas; acompanhado da filha, paciente, orientada, seu ar agradável, jejun, ABD plauso, seu edema.

12:15 Transferência para Hosp. Reg. SJC —————→
 13:15 Chegada no SJC; Ag. Av. cirurgia ——————
 18:05 Retorno para origem, Sr. CASA Ap. ——————
 19:24 Chegada em Ap. ——————

Materiais Utilizados

RESCUAVIDAS

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>Jorge</i>
Data 09/07/24

Enfermagem Responsável
<i>Hanielle 800673</i>
Data 09/07/24

Condutor Socorrista
Data ____/____/____