

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

328

<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 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	<i>evaliação</i>
	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT/TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.		

CLIENTE Prefeitura Roseira Solicitante NIR Data 11-04-25

Origem: Hosp. São Geraldo x Hosp. HR 550 x Hosp. São Geraldo

Nome: Geraldo Viana dos Santos Idade 77 Contato: SUS 700208999343521

Sexo Masculino

Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>176925</u>	km <u>176977</u>	km <u>177069</u>	km <u>173161</u>	km <u>177212</u>
Hora Chegada <u>07:30</u>	Hora Chegada <u>09:15</u>	Hora Chegada <u>10:40</u>	Hora Chegada <u>11:50</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 Tarquiocardico Bradicardico Fibriforme

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	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								<i>A U P M5 (?) J = 20</i>
	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	
	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

07:10h = Chegou ao hospital de origem paciente em leito de UTI, consciente, orientado, reflexos hiperativos, paroxysmico, em A.A., mantendo punhos abertos para hemodialise em Nefrologia (7), AUL em MS(7) T=20, e infarto recente em MI(E),

07:30h = Foi ligado roquandando e seguido ao familiars para saido do hospital de origem.

08:05h = Transfisio paciente para MCO, conduzido a ambulancia, acompanhado de tecnico de enfermagem da Dr. Galvao (Anelio), vice presidente da Dr. Galvao disse que familiares vai esperar na dutra parte vindas em Portugues.

09:15h = Chegou ao hospital de destino.

Materiais Utilizados

ALIMENTAÇÃO

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 - Pegueno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou			

Médico Responsável

Enfermagem Responsável
Aline C.M.

Condutor Socorrista
Waldo AD Oliveira