

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 checked="" type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR		<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT	

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

EMPRESA Casa e Saúde **Solicitante** Raphaela **Data** 13/12/29

Origem: AGAA. **x** Ryadina **x**

Nome: Tainan Alves Mafra **Idade** 4 anos **Contato:** _____

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>J68262</u>	km <u>168337</u>	km <u>168435</u>	km	km <u>168579</u>
Hora <u>19:30.</u>	Hora Chegada <u>15:43</u>	Hora Chegada <u>17:40</u>	Hora Chegada	
	Hora Saída <u>16:10.</u>	Hora Saída <u>17:48</u>	Hora Saída	Hora <u>20:17</u>

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado Inconsciente

Pupilas Isocôricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnélico Taquicardia Bradiacardia Apnéia Cheyne Stokes Biot Kussmaul

Circulatório Pulso normocadiaco Ritimico Arritmico Dicrotico Taquisfemia Brasifemia 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>16:50</u>	—	—	<u>57</u>	—	—	<u>97</u>	—

Abertura ocular

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

Resposta Verbal

- Orientada 5
- Confusa 4
- Palavras Improórias 3
- Palavras Incompréhencivas 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

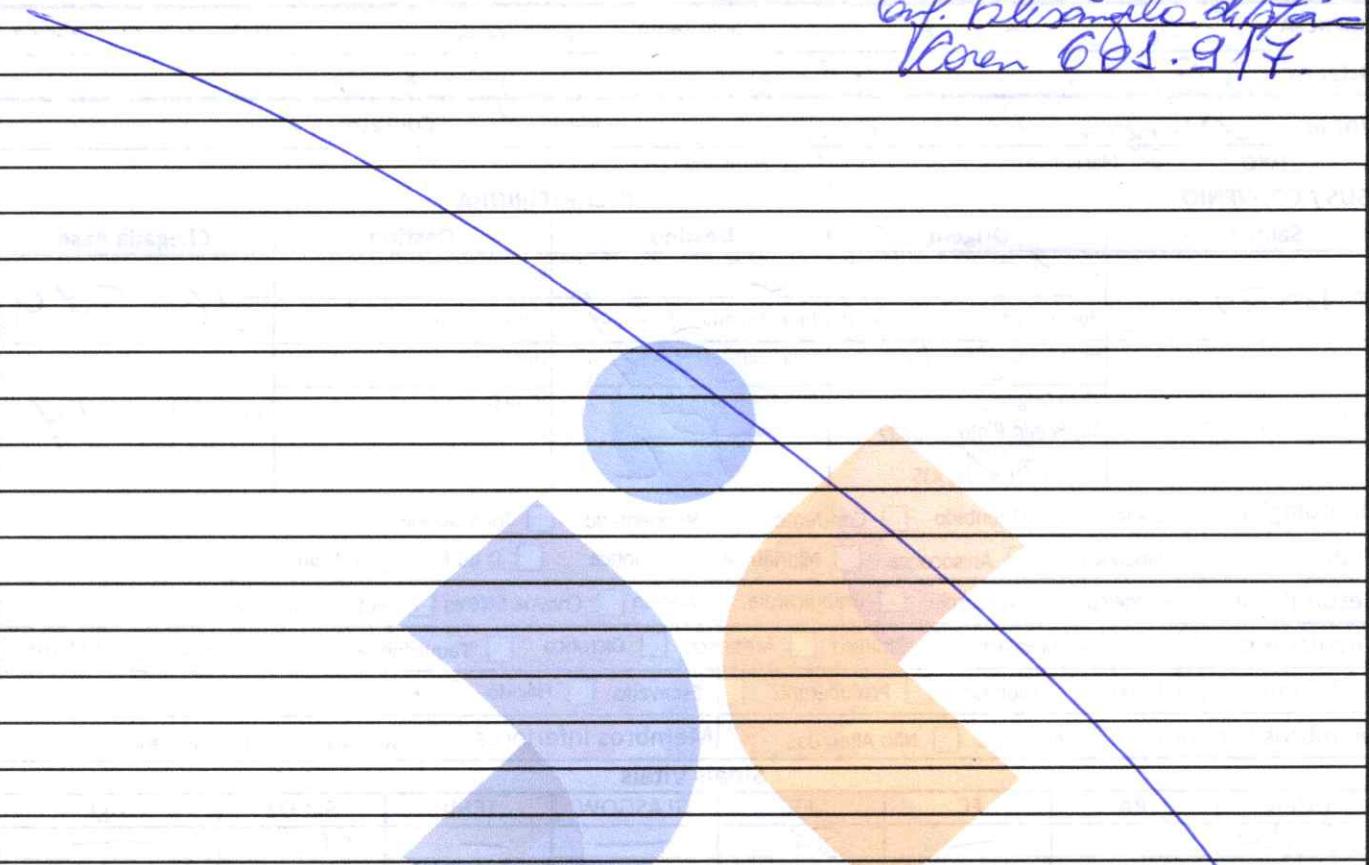
Nome Qna Carolina Mafra
RG/CPF 49.400.803-5

assinatura

Observações Médicas / Enfermeiros

Ressarcimento de 6 dias e 6 horas do AGAA para
residência da CAPI, monitor de Oxigênio terapêutico
sem somais intubação e intubos.

Prof. Elizângelo de Souza
Corm 601.917



M = 15:00.
F = 19:40

Materiais Utilizados

REAL VIDAS

Pedagios	Sim	Qual Tamanho: 4	Refeição / Lanche	Sim	Sem	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
MÉDICO
CREMESP 260.341
Data 13/12/24

Enfermagem Responsável
João Batista
José Góes
Data 13/12/24

Condutor Socorrista
Carlos
Data 13/12/24