

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

<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 type="checkbox"/> TOMO	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	Outros
	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT / TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.	

EMPRESA P. A. R. V. E. I. Solicitante Nic. Data 27/03/23

Origem: Santa Casa Brusque Hospital do Rio São Paulo.

Nome: Desconhecido Idade 48 Contato:

Sexo Masculino

Feminino

SUS / CONVENIO SUS. Nº CARTEIRINHA MJ

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>73702</u>	km <u>73803</u>	km <u>74033</u>	km <u>74971</u>	km <u>74368</u>
Hora Chegada <u>10:06</u>	Hora Chegada <u>01:00</u>	Hora Chegada <u>11:00</u>	Hora Chegada <u>15:00</u>	
Hora Saída <u>11:35</u>	Hora Saída <u>11:33</u>	Hora Saída <u>15:00</u>	Hora Saída <u>15:00</u>	Hora <u>16:30</u>

Visto Origem Marcio Wesley dos Santos Gusman Vista Destino Fundação Oswaldo Ramos Via Destino Maria A. Hoff COREN-SP

DATA 27/03/23 HORA 10:06 END Rua das Flores, 123, Centro

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

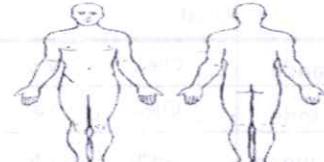
Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
<u>09:00</u>				<u>15</u>			

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4	<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5	<input checked="" 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	Perin	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	assinatura
RG/CPF	

Observações Médicas / Enfermeiros

01:00 Recebo Sr. ~~Terezinha da Barra Goaru~~ Terezinha da Barra Goaru Bo-
sas liga, c/ EG: LS supraveia, coração c/ Per-
soniculha em tubularização, bactéria c/ FAV em
muss, FAV é ~~o~~ supraventricular c/ MHI c/ edema HHTL
degrau, acompanhado da filha Jociane. Sobre re-
lacionei juntamente com o equipamento médico e enfermeiros
01:35 Inicia procedimento de ~~lavagem~~
02:00 Chegada da Enfermeira
06:00 Inicia coluna de escavação ~~abandonação~~
08:16 Inicia procedimento de ~~lavagem~~
10:18 Início de escavação ~~abandonação~~
Observação: ~~Jociane~~ ~~Enfermeira da hemodinâmica~~ ~~hemodinâmica~~
~~Alimentou paciente~~ ~~lactante~~ c/ AVP hidratizado em ~~tempo~~
~~e e~~ ~~urgência~~, compressivo em ferimento o tempo
e MCE. ~~Possivelmente~~ ~~criançada~~ ~~possível~~ membra inferior
O ~~extremidade~~ ~~aberta~~ ~~leste~~ e ~~apertar~~ c/o alvo da
28-03-25 a/ 18h. ~~Sobrecolise de~~ ~~análise de~~ ~~exame~~
Sobreviveu e ~~existe~~ a/1c da ~~vida~~
21:33 Inicia retomada de ~~resgate~~
21:40 Paro no plantão ~~de~~ ~~resgate~~ ~~de~~
Início e ~~intervenções~~

Materiais Utilizados

REAL VIDAS

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>LUCAS CRN 49794</i>	
Data	27/3/25

Enfermagem Responsável	
<i>Eliane de Souza Enfermeira Coren/SP 183978</i>	
Data	27/03/25

Condutor Socorrista	
<i>LUCAS</i>	
Data	27/3/25

Início: 00:00
Fim: 26:10h total: 16hs (16h5) + 30min