

Ficha de Acompanhamento

OS
VTR 520

☒ BÁSICA ☐ UTI ADULTO ☐ UTI INFANTIL ☐ UTI NEO ☐ UTI ÁREA ☐ EVENTOS ☐ PARTICULAR ☐ APH
☒ EXAMES ☐ TRASFERÊNCIA HOSPITALAR ☐ ALTA HOSPITALAR ☐ INTERNAÇÃO ☐ SIV - INT

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

EMPRESA Particular **Solicitante** Mariana **Data** 24/11/24

Origem: Praça Monsenhor Maciel 584p32B - Cox Rich

Nome: Maria Aparecida Guimarães **Idade** 91 **Contato:**

Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO **Nº CARTEIRINHA**

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 138075	km 138078	km 138080	km	km 138084
	Hora Chegada 06:45	Hora Chegada 08:20	Hora Chegada	
	Hora Saida 07:15	Hora Saida 08:30	Hora Saida	
Hora 06:38	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	Hora 08:43

Neurológica ☒ Lúcido ☒ Orientado ☒ Conciente ☐ Desorientado ☐ Inconsciente

Pupilas ☒ Isocóricas ☐ Anisocórica ☐ Midriática ☐ Miotica ☐ D ou E ☐ É Maior

Respiratória ☒ Eupnéico ☐ Taquicardia ☐ Braquicardia ☐ Apnéia ☐ Cheyne Stokes ☐ Biot ☐ Kussmaul

Circulatório ☒ Pulso normocadiaco ☐ Rítmico ☐ Arritmico ☐ Dicrotico ☐ Taquisfgmia ☐ Brasisfgmia ☐ Filiforme

Abdomem ☐ Plano ☒ Globoso ☐ Protuberante ☐ Escavado ☐ Flácido ☐ Em Avental

Membros Superior ☐ Alterados ☒ Não Alterados **Membros Inferiores** ☒ Alterados ☐ Não Alterados

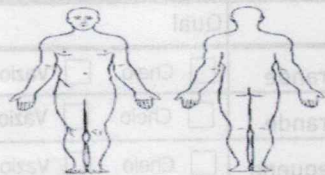
Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
	160x90	87	20	15	—	90	145

Abertura ocular <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4 <input type="checkbox"/> voz 3 <input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	Resposta Verbal <input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5 <input type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3 <input type="checkbox"/> Palavras Incomprêncivas 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	Resposta Motora <input checked="" type="checkbox"/> Obedece comandos 6 <input type="checkbox"/> Localiza Dor 5 <input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4 <input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3 <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									
	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie
I									
II									
III									



Consentimento para transporte de Pacientes

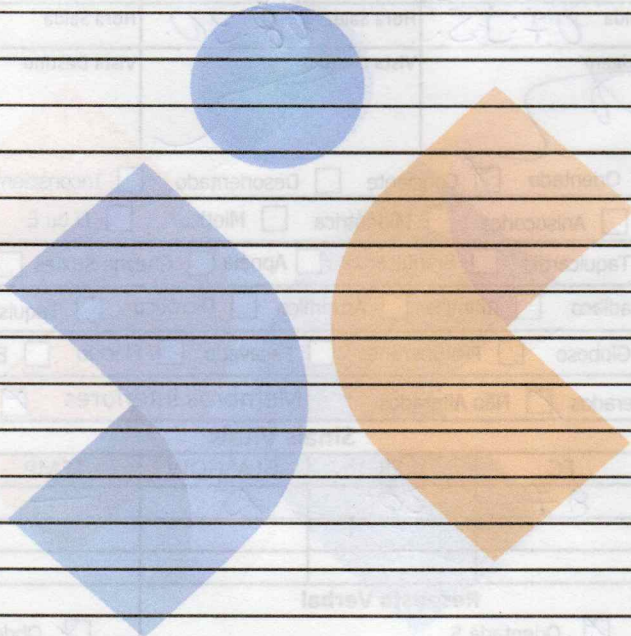
Declaro que fui orientado pela equipe da ambulancia e médicos verbalmente sobre o quadro clínico do paciente. Estou ciente e orientado do quadro clínico do paciente para transporte e dos riscos envolvidos no transporte, podendo o paciente apresentar quadro clínico de instabilidade durante o percurso. 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 Maria Aparecida Montenegro da Silva **assinatura** **RG/CPF** 9.890.141-2 / 005.349.168-80

Observações Médicas / Enfermeiros

União de Paciente para Pronto Socorro para
avaliação de Ortopedista segue em observação

Elisângela de Lima Faria
Técnica Enfermagem
COREN-SP 439793



Materiais Utilizados

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

Data

Enfermagem Responsável

Elisângela de Lima Faria
Técnica Enfermagem
COREN-SP 439793

Data

Condutor Socorrista

gabriel da Silva

Data