

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

318

<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA	<input 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"/> 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		
	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT/TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.	Outros	

EMPRESA P Santa Ana Solicitante William Data 08/01/25

Origem: Policlin Taubaté x Policlin São José x Policlin Taubaté

Nome: Patrícia Santos Souza Idade 41 Contato:

Sexo Masculino

Feminino

SUS / CONVENIO Bradesco Nº CARTEIRINHA 954370003603016

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>170415</u>	km <u>170415</u>	km <u>170468</u>	km <u>170502</u>	km <u>170524</u>
Hora <u>16:45h</u>	Hora Chegada <u>16:45h</u>	Hora Chegada <u>18:00h</u>	Hora Chegada <u>19:37h</u>	
	Hora Saida <u>17:04h</u>	Hora Saida <u>18:43h</u>	Hora Saida <u>19:47h</u>	
	Visto Origem <u>20/01/2024</u> <u>Bruno</u> <u>20/01/2024</u> <u>20/01/2024</u>	Vista Destino <u>Diana Larissa Lima Cardoso</u> <u>COREN SP 00257 ENF</u>	Vista Destino <u>Jacilara Aparecida Santos</u> <u>COREN-SP 1.152.251-TE</u>	Hora <u>20:27h</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 Taquisfmgia Brasismgia 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>17:10h</u>				<u>10</u>			

Abertura ocular

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

Resposta Verbal

- Orientada 5
- Confusa 4
- Palavras Improórias 3
- Palavras Incomprêencivas 2
- Nenhuma 1

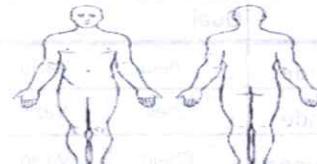
Resposta Motora

- 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	assinatura
RG/CPF	

Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente transportada do Hap. Polichin Taubaté para o Hap. Polichin SG para realizar um exame de ionização, sem acompanhante, lucida, mentida, com AVP em MST folheado e somente flacot, querendo se deitar na cama.

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

Médico Responsável

Data ____ / ____ / ____

Enfermagem Responsável
Luciene Aparecida dos Santos Cardoso Actel
COREN-SP-279878-ENF

Data 08 / 04 / 25

Condutor Socorrista

Data ____ / ____ / ____