

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

520

| | | | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|--|-----------------------------------|---|-------------------------------------|------------------------------|
| <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 checked="" 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"/> 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 Prefeitura Fundamoranguinho Solicitante Andrea Data 14/09/24

Origem: mitopé x quadro recente x

Nome: _____ Idade: _____ Contato: _____

Sexo Masculino

Feminino

SUS / CONVENIO

| Saída Base | Origem | Destino | Destino | Chegada Base |
|---------------|---------------------------|----------------------------|---------------|---------------|
| km | km <u>136312</u> | km <u>136319</u> | km | km |
| <u>136309</u> | Hora Chegada <u>07:40</u> | Hora Chegada <u>07:40</u> | Hora Chegada | <u>136323</u> |
| Hora | Hora Saída <u>11:10</u> | Hora Saída <u>18h</u> | Hora Saída | Hora |
| <u>07:30</u> | Visto Origem <u>07:30</u> | Vista Destino <u>18:08</u> | Vista Destino | <u>18:08</u> |

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado Inconsciente

Pupilas Isocôricas Anisocôrica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnêico Taquicardia Bradiacardia Apnéia Cheyne Stokes Biot Kussmaul

Circulatório Pulso normocadiaco Ritítmico Arritmico Dicrotico Taquifgmia Brasisfgmia Filiforme

Abdomem Plano Globoso Protuberante Escavado Flácido Em Avental

Membros Superior Alterados Não Alterados Membros Inferiores Alterados Não Alterados

Sinais Vitais

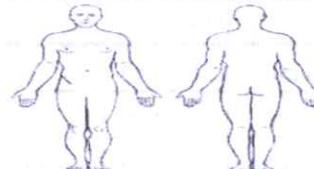
| HORA | PA | FC | FR | GLASGOW | TEMP | Sat O2 | Hgt |
|------|----|----|----|---------|------|--------|-----|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| 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

| | 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.

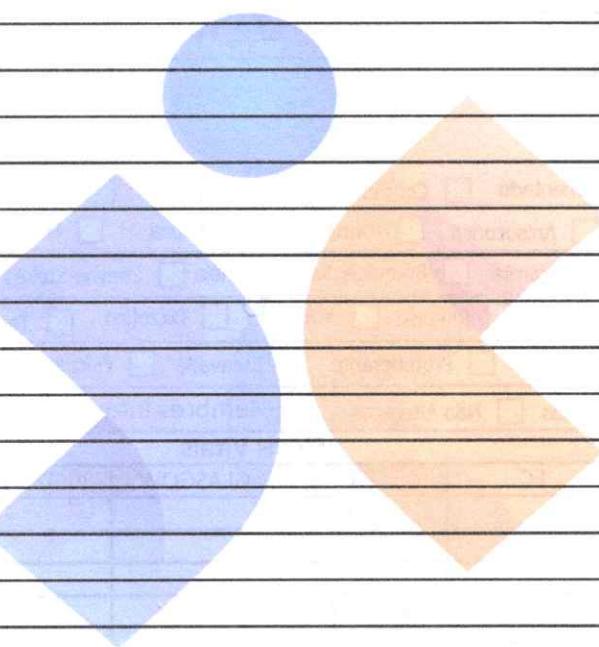
Estou ciente e orientado do quadro clínico do paciente para transporte e dos riscos envolvidos no transporte, podendo o paciente apresentar quadro clínico de instabilidade durante o percurso.

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

07:30 - Saindo do base. 07:40 - chegado ao ponto de pulo. 11:30
sainos para almoço - 13:40 - Retorno da almoço para quadro
cabito - 16:25 - saindo uma atadura na área dos pés e fermezelos
do paciente por uma luxação. 18h - Saindo do evento, para
base.



Materiais Utilizados

- 1- atadura e esparadrapo

REAL VIDAS

| Pedagios | Qual | Refeição / Lanche | Xim | 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

Lauany Andrade Gonzaga
Técnica em Enfermagem
CNPJ: 23.220.123/0001-12

Data 14/09/24

Condutor Socorrista

Rafael

Data 14/09/24