

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

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

EMPRESA	A.U. CACAPORA	Solicitante	LICENCIADO	Data	09/07/24
---------	---------------	-------------	------------	------	----------

Origem:	Hospital Cacapora Frei Galvão	x
---------	-------------------------------	---

Nome:	Afonso Celso de Moraes	Idade	83	Contato:
Sexo	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino		

SUS / CONVENIO	Nº CARTEIRINHA
----------------	----------------

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km 46501 -	km 46569	km 46606	km
66460	Hora Chegada	Hora Chegada 21:52	Hora Chegada 23:00	
Hora	Hora Saída 20:50	Hora Saída 22:00	Hora Saída	Hora
20:00	Visto Origem Lidia C. Ferreira Enteira	Vista Destino milen	Vista Destino	
	COREN-SP-332580			

Neurológica	<input type="checkbox"/> Lúcido	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Conciente	<input checked="" type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Inconsciente
-------------	---------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	--	---------------------------------------

Pupilas	<input checked="" type="checkbox"/> Isocôricas	<input type="checkbox"/> Anisocorica	<input type="checkbox"/> Midriátrica	<input type="checkbox"/> Miotica	<input type="checkbox"/> D ou E	<input type="checkbox"/> É Maior
---------	--	--------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

Respiratória	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnélico	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Bradiacardia	<input type="checkbox"/> Apnéia	<input type="checkbox"/> Cheyne Stokes	<input type="checkbox"/> Biot	<input type="checkbox"/> Kussmaul
--------------	---	--------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------	--	-------------------------------	-----------------------------------

Circulatório	<input checked="" type="checkbox"/> Pulso normocadiaco	<input type="checkbox"/> Ritimico	<input type="checkbox"/> Arritmico	<input type="checkbox"/> Dicrotico	<input type="checkbox"/> Taquifgmia	<input type="checkbox"/> Brasisfgmia	<input type="checkbox"/> Filiforme
--------------	--	-----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------

Abdomem	<input checked="" type="checkbox"/> Plano	<input type="checkbox"/> Globoso	<input type="checkbox"/> Protuberante	<input type="checkbox"/> Escavado	<input type="checkbox"/> Flácido	<input type="checkbox"/> Em Avental
---------	---	----------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------

Membros Superior	<input type="checkbox"/> Alterados	<input checked="" type="checkbox"/> Não Alterados	Membros Inferiores	<input type="checkbox"/> Alterados	<input checked="" type="checkbox"/> Não Alterados
------------------	------------------------------------	---	--------------------	------------------------------------	---

Sinais Vitais							
HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
20:53	130x60	86	20.	14	-	96%	-

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4	<input type="checkbox"/> Orientada 5	<input checked="" type="checkbox"/> Obdece comandos 6
<input type="checkbox"/> voz 3	<input checked="" 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 Incompréhencivas 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								Diagrama de corpo humano
	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perfn	Msd	Mse	Mid	
	I								
II									
III									

Consentimento para transporte de Pacientes

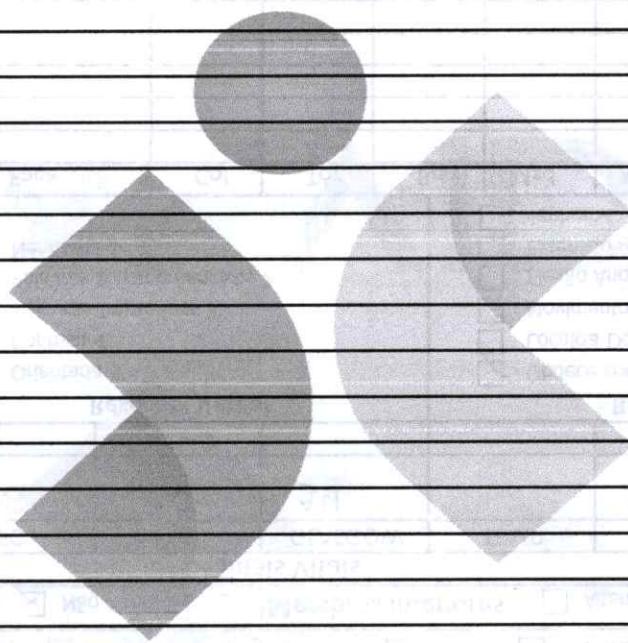
Declaro que fui orientado pela equipe da ambulância e médicos verbalmente sobre o quadro clínico do paciente. Estou ciente e orientado do quadro clínico do paciente para transporte e dos riscos envolvidos no transporte, podendo o paciente apresentar quadro clínico de instabilidade durante o percurso. 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	Luis Ramon de Souza	assinatura
RG/CPF	050 222 928-010	

Observações Médicas / Enfermeiros

Racião no leito com hidratação intravenosa e Bolsa de colostoma (Fistula mestrina). Abdomen distendido. Com quadro de pneumonia, tosse produtiva. Hemodinâmica estável sem eletrocardiograma.

Elaiane de Lima Faria
Técnica Enfermeira
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 _____/_____/_____

Enfermeira Responsável

Data 09/07/24

Condutor Socorrista

Data _____/_____/_____