

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 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	
	<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 H. UNIMED TAUBATÉ Solicitante C. VAGAS Data 22.03.25

Origem: Unimed Taubaté x São Paulo São Paulo

Nome: Jeanne Fernanda Oliveira Idade 15 Contato:

Sexo Masculino

Feminino

SUS / CONVENIO

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>140.95</u>	km <u>140195</u>	km <u>140363</u>	km <u>140.596</u>	km
Hora Chegada <u>16:15</u>	Hora Chegada <u>19:05</u>	Hora Chegada <u>00:00</u>	Hora Chegada	

Visto por Ewerton da Silva Enfermeiro COREN-SP 178728

Visto por D. Diogo Fuster CRM-SP 167024 CNPJ 70.020.130/0001-9947

Neurológica Lúcido Orientado consciente Confuso Comunicativo Não Verbaliza

Pupilas Isocôricas Anisocôrica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnéico 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>24:00</u>				<u>15</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

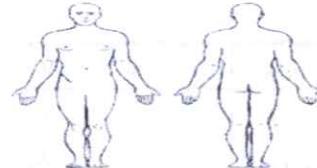
Resposta Motora

- 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

16:15 - Recebido paciente Maria Fernanda Diogonho
 Diga el ho: tentativa de auto eletrocósmico paciente el
 16:15 pouco comunicativa corredor hidratada. Suponha
 ser el circunstância em flusg II, fique acomodado da
 informação e da maneira.
 16:30 - Indica necessidade que o momento estava afan-
 tam e vai da paciente.
 19:05 - Paciente chega ao destino a ambulância
 com equipe de enfermagem e equipe médica
 da unidade. Dizem que irão dar a paciente oxigênio
 e monitoração.
 20:30 - paciente transferido para a enfermaria.
 21:25 - Pedro Lopes (equipe de 'Oncovimologia'),
 informa-

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
Data 22/03/25

Condutor Socorrista

Data _____