

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR 318

☐ 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 PRIMO SAÚDE Solicitante TANIA Data 30.12.24

Origem: P. JACAREI x H.S.F. ASSAIS x

Nome: MARCO AURELIO GONCALVES Idade 37 Contato:

Sexo ☒ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO BRNDESO

Nº CARTEIRINHA

| Saída Base | Origem | Destino | Destino | Chegada Base |
|-------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|-------------------|
| km <u>169385</u> | km <u>169493</u> | km <u>169505</u> | km | km <u>169523</u> |
| | Hora Chegada <u>06:55</u> | Hora Chegada <u>07:35</u> | Hora Chegada | |
| | Hora Saída <u>07:10</u> | Hora Saída <u>08:00</u> | Hora Saída | |
| Hora <u>05:00</u> | Visto Origem <u>Amélia Marques</u> | Visto Destino <u>Amélia Silva</u> | Visto Destino | Hora <u>08:20</u> |
| | <u>2098070</u> | | | |

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 normocardiaco ☐ Rítmico ☐ Arritmico ☐ Dicrotico ☐ Taquisfemia ☐ Bradisfemia ☐ 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>07:20</u> | <u>130x80</u> | <u>86</u> | <u>19</u> | <u>07</u> | <u>35.4</u> | <u>97%</u> | |

Abertura ocular

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

Resposta Verbal

- ☐ Orientada 5
☐ Confusa 4
☐ Palavras Improórias 3
☐ Palavras Incompreensivas 2
☒ Nenhuma 1

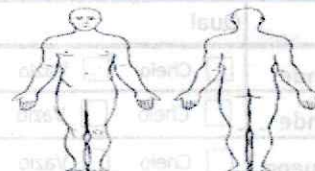
Resposta Motora

- ☐ Obedece 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 | Perin | 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 Fuiana D. O. Goncalves

assinatura

RG/CPF 329657838-22

fdog

Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente em coma vigil. Apresenta-se eupneico, em AA, SAT 97%. Monitorado TQT em 119, GTT fechada no momento. Transferido p/ Hospital Antônio Otonari acompanhado pela Dr.ª Liliana, para expor a enfermagem por nenhuma intervenção no tripé.

Cassia Jane de Toledo
COREN - SP 514223 - ENF

Materiais Utilizados

| 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
Liliana
CNS: 204311009470003
CREMESP: 13437
Data 30/12/24

Enfermagem Responsável
Cassia Jane de Toledo
COREN - SP 514223 - ENF
Data 30/12/24

Condutor Socorrista
Luis Fernando
Data 30/12/24