

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

758.

<input type="checkbox"/> BÁSICA	<input checked="" 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"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT	

Tipos de Exames CATE TOMO RX CPRS PET SCAM
 GTT TQT /TQM US RMN T. C. HIPER. **Outros**

EMPRESA F. M. Saúde **Solicitante** _____ **Data** 0702.25

Origem: H.R.L. NORTE x S CASA APARECIDA x

Nome: Joãozinho de Carvalho. Pavao **Idade** 47 **Contato:** _____

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>67593</u>	km <u>67742</u> Hora Chegada <u>17:24</u>	km <u>67914</u> Hora Chegada <u>19:54</u>	km	km <u>67986</u>
Hora <u>15:20</u>	Hora Saída <u>17:45</u> Visto Origem <u>ana vitória sobre soa</u> <u>oren-ep-1488191</u>	Hora Saída <u>20:51</u> Vista Destino <u>rodolfo oliveira</u> <u>35359-299-01</u>	Hora Saída Vista Destino	Hora <u>21:20</u>

Neurológica Lúcido Orientado consciente Confuso Comunicativo Não Verbaliza

Pupilas Isocôricas Anisocorica 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>17:26</u>	<u>130x80</u>	<u>80</u>	<u>18</u>	<u>15</u>	<u>36.5</u>	<u>94</u>	

Abertura ocular

- Espontânea 4
- voz 3
- A dor 2
- Nenhuma 1
- Orientada 5
- Confusa 4
- Palavras Improórias 3
- Palavras Incomprêencivas 2
- Nenhuma 1

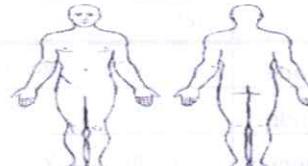
Resposta Motora

- 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

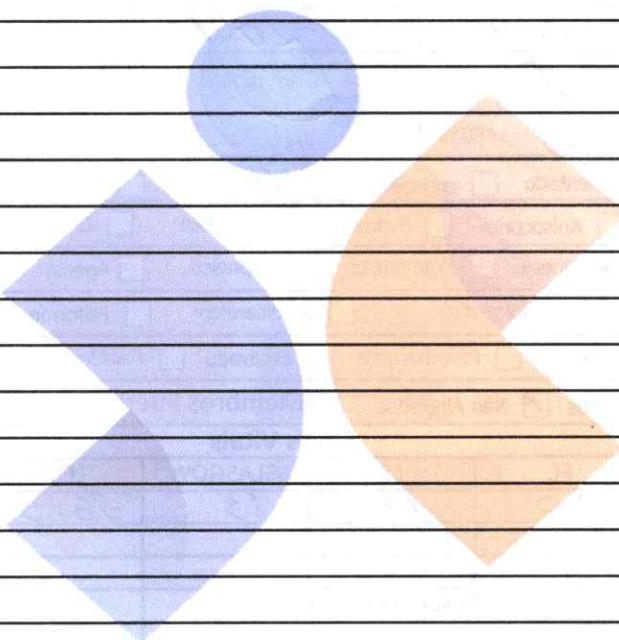
assinatura

RG/CPF

Observações Médicas / Enfermeiros

Recebemos paciente para transferência hospitalar UTI com quadro de infecção do trato urinário, com CVA, AVP em MED, uso de cateter O² a 5L/min., paciente hipertenso, diabético, obeso abordo, pancreatite e nefrite. Entregamos o paciente s/ intercorrências.

[Signature]



Materiais Utilizados

REAL VIDAS

Pedágios	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
[Signature]

Data _____/_____/_____

Enfermagem Responsável
*Graça Ressambo
599986*

Data 07/02/25

Condutor Socorrista
JL C.S

Data 07/02/25