

# Ficha de Acompanhamento

OS  
VTR 788

- |  |  |  |                                  |                                   |                                     |                                     |                              |
|--|--|--|----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|
| <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 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  |                              |
|  |  |  |                                  |                                   | <input type="checkbox"/> Outros     |                                     |                              |

- 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 Pro med. Solicitante C.U.A Jais Data 21-03-20

Origem: Hospital Joaquim Távora x Colônia Hipertônica Taubaté

Nome: Adressin Sandro Pereira Idade 65 Contato:

Sexo  Masculino  Feminino

## SUS / CONVENIO

km	km	Destino	Destino	Chegada Base
<u>7966</u>	<u>72973</u>	<u>72994</u>	<u>73010</u>	km
	Hora Chegada <u>11:18</u>	Hora Chegada <u>8:00</u>	Hora Chegada <u>11:23</u>	
	Hora Saída <u>7:38</u>	Hora Saída <u>11:00</u>	Hora Saída <u>11:37</u>	
Hora <u>7:00</u>	Visto Origem <u>Ana Paula Borges</u> <u>COREN-SP 922.196 A.E.</u>	Vista Destino <u>Danielle A. Rodenau</u> <u>11:00</u>	Vista Destino <u>Ana Paula Borges</u> <u>COREN-SP 922.196 A.E.</u>	Hora <u>12:00</u>

Neurológica  Lúcido  Orientado  consciente  Confuso  Comunicativo  Não Verbaliza

Pupilas  Isocóricas  Anisocorica  Midriátrica  Miotica  D ou E  É Maior

Respiratória  Eupnélico  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>8:00</u>				<u>15</u>			

## Abertura ocular

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

## Resposta Verbal

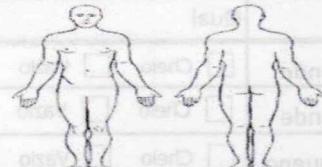
- Orientada 5
- Confusa 4
- Palavras Improórias 3
- Palavras Incomprêencivas 2
- Nenhuma 1

## Resposta Motoria

- 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

07:18 Recebe o Sr. Amessyn Souza Pereira de 65a encontra-se pessoa de origem campista Marcelo C/ E.O 15, suprimento hipocorrante c/ ferida Ocular em MIE e qual apresentava edema ++ e alargamento da pupila, segue na composição da filha.

07:30. Início hemocártio de derrame à óptica. Hipertensão arterial de hipotensão durante o exame.

09:00 Início Exame Neurônico.

11:00 Reexame da Exame Hipofisiária e inicio do hemocártio de hipotensão.

11:07. Fato pleno c/ o paciente no leito acompanhado da filha. Sistole:

Eliane de Souza  
Enfermeira  
Cone/SP 183978

Eliane de Souza  
Enfermeira  
Cone/SP 183978

Eliane de Souza  
Enfermeira  
Cone/SP 183978

## 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 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	

Médico Responsável

Enfermagem Responsável

Condutor Socorrista

Eliane de Souza  
Enfermeira  
Cone/SP 183978

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data 21/03/25

Lucas N.

Data 21/03/25