

# Ficha de Acompanhamento

OS  
VTR 318

<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 checked="" 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					
<b>Tipos de Exames</b>				<input type="checkbox"/> CATE	<input type="checkbox"/> TOMO	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> PET SCAM	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.	<b>Outros</b>
				<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT/TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.			

**EMPRESA** *P. Roséia* **Solicitante** *NiR* **Data** *05/12/24*

**Origem:** *H. Fisi. gac vao* **x H. P.V.P.** **x**

**Nome:** *ZENADE DE JESUS A. M. Oliveira* **Idade** *58* **Contato:**

**Sexo**  Masculino  Feminino

**SUS / CONVENIO** *SUS* **Nº CARTEIRINHA** *39109451*

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <i>166636</i>	km <i>16609.</i>	km <i>166058</i>	km <i>166808</i>	km
Hora <i>18:50</i>	Hora Chegada <i>20:12</i>	Hora Chegada <i>21:34R</i>	Hora Chegada <i>23:38N</i>	Hora

**Neurológica**  Lúcido  Orientado  Conciente  Desorientado  Inconsciente

**Pupilas**  Isocóricas  Anisocorica  Midriátrica  Miotica  D ou E  É Maior

**Respiratória**  Eupnéico  Taquicardia  Braquicardia  Apnéia  Cheyne Stokes  Biot  Kussmaul *10T*

**Circulatório**  Pulso normocadiaco  Ritimico  Arritmico  Dicrotico  Taquisfemia  Brasisfemia  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
<i>21:09</i>		<i>78</i>		<i>10T</i>		<i>99%</i>	
<i>22:10</i>	<i>16663</i>	<i>72</i>	<i>12 rpm</i>	<i>10I</i>		<i>99%</i>	

Abertura ocular		Resposta Verbal				Resposta Motora			
<input type="checkbox"/> Espontânea 4	<input type="checkbox"/> Orientada 5					<input type="checkbox"/> Obdece comandos 6			
<input type="checkbox"/> voz 3	<input 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 checked="" type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Palavras Incomprêencivas 2					<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3			
	<input checked="" type="checkbox"/> Nenhuma 1					<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2			
						<input checked="" type="checkbox"/> Nenhuma			

TRAUMA	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
	Escoriação									
	Cont									
	Ferim									
	Luxa									
	Frat									
	Lace									
	Secç									

QUEIMADURAS	QUEIMADURAS									
	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie	
	I									
	II									
	III									

## Consentimento para transporte de Pacientes

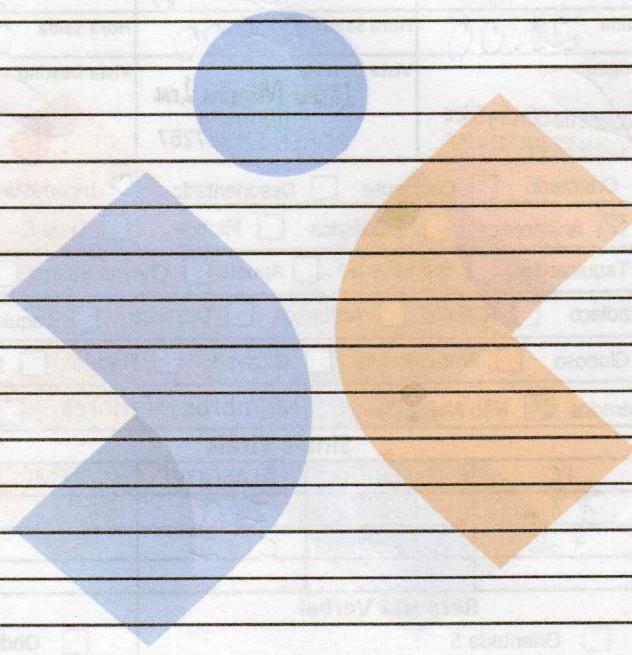
Declaro que fui orientado pela equipe da ambulância e médicos verbalmente sobre o quadro clínico do paciente. Estou ciente e orientado do quadro clínico do paciente para transporte e dos riscos envolvidos no transporte, podendo o paciente apresentar quadro clínico de instabilidade durante o percurso. 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

Paciente em transporte com sedação Domperidona 100 mg 05 ml/min em BIC e Fentanyl 100 mcg 03 mcg/min em BIC, IOT, CVC em jugular, D CVD em sistema fechado, CNE fechado, corada, hidratada, ABD seco e seborreico. Respiração programada pelo fuso da VTI. Sem intervenções no paciente.

Luciene Aparecida dos Santos Cardoso Acel  
COREN-SP-279878-ENF



## 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 checked="" type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	

**Médico Responsável**

*[Handwritten Signature]*

Data 05/12/24

**Enfermagem Responsável**

*[Handwritten Signature]*  
Luciene Aparecida dos Santos Cardoso Acel  
COREN-SP-279878-ENF

Data 05/12/24

**Condutor Socorrista**

*[Handwritten Signature]*

Data / /