

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

798

<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 type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	<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"/> US	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	Outros <i>Tips da traqueostomia</i>
	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT/TQM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.	

EMPRESA ACL Remoções Solicitante Anderson Ribeiro Data 16/11/24

Origem: Residência x GAAC

Nome: Geórgio A. Alves dos Santos Cruz Idade 14 Contato:

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO Seu America Nº CARTEIRINHA 51588888.466939220000

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>59253</u>	km <u>59324</u>	km <u>59339</u>	km <u>59354</u>	km <u>59425</u>
	Hora Chegada <u>4:52</u>	Hora Chegada <u>5:58</u>	Hora Chegada <u>10:35</u>	
Hora <u>3:40.</u>	Hora Saída <u>5:30</u>	Hora Saída <u>10:40</u>	Hora Saída <u>10:42</u>	
Visto Origem <u>Edneia R. O. Beccati</u> <u>Aux. Enfermagem</u> <u>COREN-SP 687.243</u>	Vista Destino <u>Enf. Bruno Bezerra</u> <u>Esp. UTI Emergência</u> <u>COREN-SP 216.927</u>		Vista Destino <u>Edneia R. O. Beccati</u> <u>Aux. Enfermagem</u> <u>COREN-SP 687.243</u>	Hora <u>11:52.</u>

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado Inconsciente

Pupilas Isocôricas Anisocôrica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnético Taquicardia Bradicardia Apnéia Cheyne Stokes Biot Kussmaul

Circulatório Pulso normocadiaco Ritimico Arritmico Dicrotico Taquisfmgia Brasisfmgia 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>5:20</u>	<u>80x50</u>	<u>99</u>	<u>19</u>	<u>12</u>	—	<u>98</u>	—
<u>10:00</u>	<u>80x40</u>	<u>75</u>	<u>58</u>	<u>12</u>	—	<u>95</u>	—

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input type="checkbox"/> Espontânea 4 <input type="checkbox"/> voz 3 <input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Orientada 5 <input type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3 <input type="checkbox"/> Palavras Incomprêencivas 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Obdece comandos 6 <input type="checkbox"/> Localiza Dor 5 <input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4 <input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3 <input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2 <input type="checkbox"/> 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	
	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.

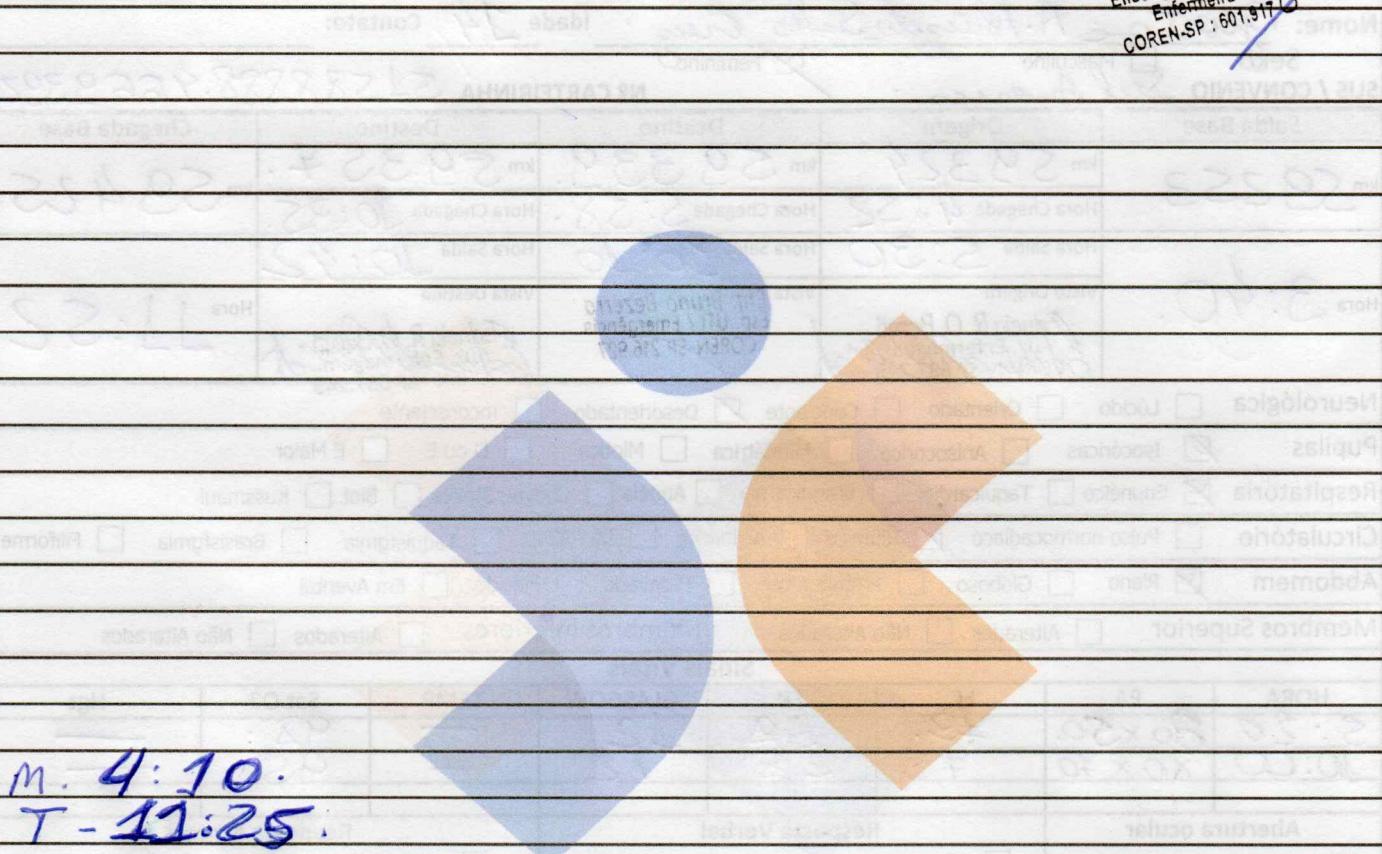
Estou ciente das intervenções necessárias da equipe médica para a segurança do transporte, e dos eventuais riscos que envolvam a viagem que será realizada

Nome <u>Elvio Morales Allen</u>	assinatura <u>E. M. A.</u>
RG/CPF <u>224.717.778-07</u>	

Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente encalhado para a hora da Tragostomia no. GAAC acompanhado da mãe. Com MD. Paralisia Cefálica com sequelas e meningoite. Com BIPAP. e O2. 4. LT. Condizida sem alterações de intercorrência.

Elisângela de Lima Faria
Enfermeira
COREN-SP: 601.917



M. 4:10.
T - 11:25.

Materiais Utilizados

Uso de Oz. 4 LT.

REAL VIDAS

Pedágios	Qual	Refeição / Lanche	Sim	Não
Oxigênio	01 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input checked="" type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	120.
	02 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	
	03 - Pequeno	<input checked="" type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	150.
	04 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	

Médico Responsável

Data 16/11/24

Enfermagem Responsável

Elisângela de Lima Faria
Enfermeira
COREN-SP: 601.917

Data 16/11/24

Condutor Socorrista

Gabriel
Data 16/11/24