

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 AREA	<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"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT	

Tipos de Exames	<input checked="" type="checkbox"/> CATE	<input type="checkbox"/> TOMO	<input type="checkbox"/> RK	<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"/> RHIN	<input type="checkbox"/> T.C. HIPER.		

Outros

EMPRESA JUT. MORGAM

Solicitante M.R.

Data 16.10.24

Origem: S. Lax de Cunha * Regional Taubaté X

Nome: Paulo Roberto Camaral Lisboa Idade 44 Contato: 123489-7039

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 169090	km 169599	km 164239	km	km 164258
Hora Chegada 8:05	Hora Chegada 9:25	Hora Chegada	Hora Chegada	
Hora Saída 8:15	Hora Saída 10:00	Hora Saída	Hora Saída	

Hora 06:30 Vista Origem Luisa Gonçalves dos Santos COREN-SP 818839-ENF

Vista Destino 99

CONSELHO DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado InconscientePupilas Isocôricas Anisocoria Midriátrica Miotica D ou E É MaiorRespiratória Eupnélico Taquicardia Braquicardia Apnéia Cheyne Stokes Biot KussmaulCirculatório Pulso normocadiaco Ritimico Arritmico Dicotílico Taquifagmia Brasisfagmia FiliformeAbdomem Plano Globoso Protuberante Escavado Flácido Em AventalMembros Superior Alterados Não Alterados Membros Inferiores Alterados Não Alterados

Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
8:00	100x60	92	20	15	36,1°	94%	116
8:25	130x80	93	20	15	36,0°C	96%	—
9:25	140x80	92	20	15	—	99%	—

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4	<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5	<input checked="" 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 type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Palavras Incomprêencivas 2	<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3
	<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<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	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 lucido Orientado no ambiente relata ter dor no momento que está em jejum desde ontem as 14hs. Sobe transferido do H. G. da casa Cruzada para H. Regional de Taubaté para o CAT sem náuseas até o momento.

H. 6:55 / T. 30:30.

Materiais Utilizados

1 Par de luva
1 molasma

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

Data

16/10/24

Enfermagem Responsável

Elisângela de Lima Faria
Enfermeira
COREN-SP: 601.917

Data

16/10/24

Condutor Socorrista

Data

16/10/24


**CENTRAL DE REGULAÇÃO ESTADUAL
CROSS**

FICHA N°

SS-8721263-24**Identificação****Ficha Cardiologia**

Data 15/10/2024	Hora 22:27:00	
CMRR COMPLEXO REGULATÓRIO SUL-SUDESTE	DRS DRS XVII - TAUBATÉ	
Unidade Solicitante SANTA CASA CRUZEIRO	Município Cruzeiro	
Telefone (012) 31847039	Outros telefones 1231847033	
Médico Solicitante IANA CRISTINA FERREIRA DE OLIVEIRA DA SILVA	CRM/RMS 247758	Celular (00)
Código do Paciente 19992821	Nome do Paciente PAULO ROBERTO CAMARA DE OLIVEIRA	Nome Social
Filiação 1 ISABEL CAMARA DE OLIVEIRA	Sexo Masculino	Gênero
Data de Nascimento 10/12/1949	Idade 74 anos 10 meses 6 dias	Raça/Cor Branca
CNS 704800084671548	Município do Paciente QUELUZ	
PAD DENISE HERNANDES DE SOUZA NOBREGA CASTI	Regulador Atual GABRIEL SANTOS NOVAES	Documento Regulador Atual CRM/RMS: 107270
Unidade de Regulação Atual CROSS		

Anexos

Arquivo	Tipo de Anexo	Usuário	Data/Hora
241015222745.pdf	ECG	PAD - DENISE CASTI	15/10/2024 22:31:05
241015222836.pdf	OUTROS	PAD - DENISE CASTI	15/10/2024 22:31:23

Dados Clínicos**FICHA CARDIOLOGIA****15/10/2024 22:47:27 - PAD - DENISE HERNANDES DE SOUZA NOBREGA CASTI****Data Admissão:** 15/10/2024 **Hora Admissão:** 19:15

Queixa:
Dor Precordial **Data:** 15/10/2024 **Hora:** 04:00

Duração dos sintomas(hh:mm):
12:00 **ECG:**
Infarto sem supra

Antecedentes**Antecedentes:**
HAS**Resumo Clínico:**

PACIENTE VEM VIA CROSS DE QUELUZ ,VEM COM ECG SUGESTIVO DE IAM,SSST,NA QUAL O MESMO RELATA QUE A DOR PRE CORDIAL TIPICA DE INCIO AS 4H DA MANHA DA MADRUGADA,CHEGA NA NOSSA UNIDADE AS 18:22,CONSCIENTE E ORIENTADO,HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL.REALIZADO PROTOCOLO AAS E CROPRIGRODEL.

Exame Físico

Estado Geral: BEG	Ventilação: Espontânea/Ar Ambiente	Consciência: Vigil	Sedação: Não	Glasgow: 15
-----------------------------	--	------------------------------	------------------------	-----------------------

PA: 110 x 80 mmHg **FC:** 89 **FR:** 20 **Temperatura:** 36.7 **Sat. O2: (%)** 98 **Peso (Kg):** 75 **Circ. Abdominal:** **Altura:**