

Ficha de Acompanhamento

105

VTR

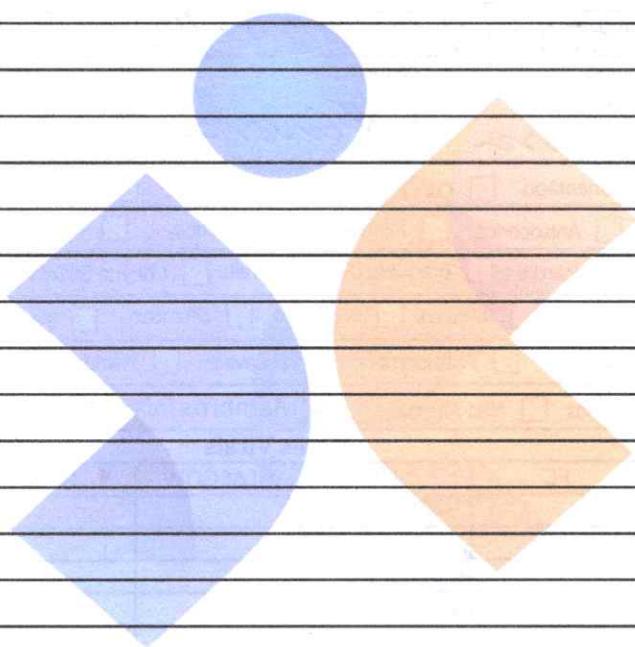
318

<input checked="" type="checkbox"/> BASICA	<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"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT				
Tipos de Exames				<input type="checkbox"/> CATE	<input type="checkbox"/> TOMO	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	Outros <i>Tira GTT -</i>	
				<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT/TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.		
EMPRESA <i>ACL. Remoxos</i>				Solicitante <i>OP. Marcelo</i>			Data <i>23/10/24</i>			
Origem: <i>P. Guaratinguetá</i> x <i>H. CEPOG</i> .							<i>x P. Guaratinguetá</i>			
Nome: <i>Bruna Marques Pires Santos</i>				Idade <i>82</i>			Contato: <i>0970003200653797</i>			
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino										
SUS / CONVENIO <i>Unimed FESP.</i>				Nº CARTEIRINHA <i>0970003200653797</i>						
Saída Base		Origem	Destino	Destino	Chegada Base					
km <i>164830</i>		km <i>164867</i>	km <i>164869</i>	km <i>164873</i>	km <i>164910</i>					
Hora <i>12:35.</i>		Hora Chegada <i>13:17.</i>	Hora Chegada <i>13:43</i>	Hora Chegada <i>15:00</i>						
		Hora Saída <i>13:34</i>	Hora Saída <i>14:45</i>	Hora Saída <i>15:10</i>						
		Visto Origem <i>Laura</i>	Vista Destino <i>Laura</i>	Vista Destino <i>Laura</i>	Hora <i>15:53</i>					
Neurológica <input type="checkbox"/> Lúcido <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Conciente <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Inconsciente										
Pupilas <input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocorica <input type="checkbox"/> Midriátrica <input type="checkbox"/> Miotica <input type="checkbox"/> D ou E <input type="checkbox"/> É Maior										
Respiratória <input type="checkbox"/> Eupnélico <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradiacardia <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Cheyne Stokes <input type="checkbox"/> Biot <input type="checkbox"/> Kussmaul										
Circulatório <input type="checkbox"/> Pulso normocadiaco <input type="checkbox"/> Ritítmico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Dicrotico <input type="checkbox"/> Taquisfmgia <input type="checkbox"/> Brasifgmia <input type="checkbox"/> Filiforme										
Abdomem <input type="checkbox"/> Plano <input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Protuberante <input type="checkbox"/> Escavado <input type="checkbox"/> Flácido <input type="checkbox"/> Em Avental										
Membros Superior					Membros Inferiores					
<input type="checkbox"/> Alterados <input type="checkbox"/> Não Alterados					<input type="checkbox"/> Alterados <input type="checkbox"/> Não Alterados					
Sinais Vitais										
HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt			
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										
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 ambulancia 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 <i>Lucinara P. Santos Ponto</i>							assinatura <i>L</i>			
RG/CPF <i>38346238-06</i>										

Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente encaminhado para realização de toco de SOT por Rota nasogastrica com sucesso logo condizente para o procedimento supostamente realizado para a residência com a filha de alcoolista.

Elisângela de Lima Faria
Técnica Enfermagem
COREN-SP 439733



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

Médico Responsável

Data _____/_____/_____

Enfermagem Responsável

Data 28/10/24

Condutor Socorrista

Gabriel da Silva
Data 23/10/24

CHAMADO**ATENDIMENTO (318822)**

SOLICITANTE: MARIANA - FESP
TEL. SOLICITANTE: (11) 1111-1111 **TIPO DE SOLICITANTE:**
DATA/HORA REGISTRO: 22/10/2024 12:14 **TIPO DA OCORRÊNCIA:** ATENDIMENTO
UNIDADE DE ATENDIMENTO: PRESTADORES CONTINGENCIA **ARM:** CAMILA CERQUEIRA FERREIRA DOS SANTOS

ESTAB. DESTINO: HOSP UNIMED GUARATINGUETA - CEPOG Tel:.Comercial - (12) 3128-5511,

PACIENTE: LUCIA MARQUES PIRES SANTOS

CLIENTE:	UNIMED DO ESTADO DE SAO PAULO - FEDERACAO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MEDICAS (CNPJ: 43643139000166)	CONTRATO:	UNIMED FESP - TIT
MATRÍCULA CONTRATO:	09700032000653797	DOCUMENTO:	Não informado
IDADE:	82 Ano(s)	DT. NASCIMENTO:	24/09/1942
PESO:	-120		
SEXO:	Feminino		

REMOÇÃO

TIPO REMOÇÃO:	DOMICÍLIO PARA HOSPITAL	TIPO PERCURSO:	IDA E VOLTA
PRIORIDADE:	VERDE		
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	TROCA DE GASTROSTOMIA	AGENDAMENTO:	No Destino
VEÍCULO:		TIPO VEÍCULO:	USB
INÍCIO:	23/10/2024 11:13	DATA/HORA:	23/10/2024 13:30
FIM:	23/10/2024 18:12		
QUESTIONÁRIO:	PACIENTE ESTÁ ENTUBADO?: NÃO PACIENTE FAZ USO DE O2?: NÃO PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO?: NÃO PACIENTE ESTÁ EM ISOLAMENTO?: NÃO MACA DE OBESO: NÃO PACIENTE FAZ USO DE BOMBA DE INFUSÃO? QUANTAS?: 0 ENTUBADO? NÃO TRAQUESTOMIZADO? NÃO OXIGÊNIO? NÃO		
PROTOCOLO:			

ENDEREÇO**ORIGEM (CEP: 12515400)**

ESTADO:	SÃO PAULO	CIDADE:	GUARATINGUETÁ
BAIRRO:	NOVA GUARÁ	LOGRADOURO:	AVENIDA ALVES MOTTA

Nº: 127

LOCAL REFERÊNCIA:

COMPLEMENTO: CASA

SETOR:

RESPONSAVEL: 12 996022301

LATITUDE: -22,81076

LONGITUDE: -45,18697

DESTINO (CEP: 12505270)

ESTADO:	SÃO PAULO	CIDADE:	GUARATINGUETÁ
BAIRRO:	VILA JACOBELLI	LOGRADOURO:	RUA BENEDITO MARCONDES

Nº: 125