

Ficha de Acompanhamento

OS: 1572
VTR: 318 - SPRINTER

| | | | | | | | |
|--|--|---|---|-----------------------------------|--------------------------------------|---|--------|
| <input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA | <input checked="" type="checkbox"/> EXAMES | <input type="checkbox"/> UTI ADULTO | <input type="checkbox"/> UTI NEO | <input type="checkbox"/> EVENTOS | <input type="checkbox"/> PARTICULAR | | |
| APH | TRASF. HOSPITALAR | ALTA HOSPITALAR | INTERNAÇÃO | SIV - INT | | | |
| Tipos de Exames | | CATE <input checked="" type="checkbox"/> GTT | TOMO <input type="checkbox"/> TQT /TQM | RX <input type="checkbox"/> US | CPRS <input type="checkbox"/> RMN | PET SCAM <input type="checkbox"/> T. C . HIPER | Outro: |

Empresa: PLENO SAÚDE LTDA Solicitante: CENTRAL DE VAGAS Data: 29/05/2025
Origem: PERÍMETRO - SÃO JOSÉ CAMPOS - SÃO JOSÉ CAMPOS | SP X HOSPITAL VIVALE - SÃO JOSÉ CAMPOS | SP X HOSPITAL VIVALE - SÃO JOSÉ CAMPOS | SP

Nome: MARISA MANGUEIRA VICENTE Idade: 78 Contato:
Sexo: Masculino Feminino
SUS/CONVENIO: BRADESCO NºCARTEIRINHA: 123

| Saída Base | Origem | Destino | Destino | Chegada Base |
|-------------|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| Km: 182571 | Km: 182621 Hora Chegada: 12:45 | Km: 182625 Hora Chegada: 13:05 | Km: 182625 Hora Chegada: 13:05 | Km: 182678 |
| Hora: 11:30 | Hora Saída: 12:56 Visto Origem: | Hora Saída: 13:50 Visto Destino: | Hora Saída: 13:50 Visto Destino: | Hora: 15:15 |

Neurológica Lúcido Orientado Consciente Confuso Comunicativo Não Verbaliza

Pupilas Isocóricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnéico Taquipneico Bradipneico Dispneico Apneia

Circulatório Normocárdico Tarquicardico Bradicardico Filiforme

Abdomem Plano Globoso 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 |
|------|----|----|----|---------|------|--------|-----|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Abertura ocular:

Espontânea 4
voz 3 A dor 2
Nenhuma 1

Resposta Verbal:

Orientada 5
Confusa 4
Palavras Improórias 3
Palavras Incompréhencivas 2

Resposta Motora:

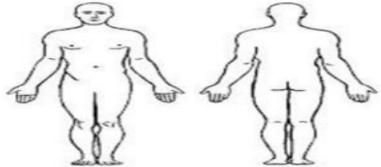
Obdece comandos 6
Localiza Dor 5
Movimentos de retardia 4

Flexão Anormal 3
Extensão Anormal 2
Nenhuma

| T R A U M A | 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

RG/CPF

Assinatura

Observações Médicas / Enfermeiros

Chego na clínica de repouso de origem paciente em leito acamada em AA, eupneica,normocardica,afebril, mantendo GTT em região do abdômen, pergunto a responsável pela clínica sobre alguma documentação para levar a paciente ao hospital de destino "hospital vivale" a mesma informe que já está tudo lá, ainda fala que o filho já está vindo e encontrará a gente no hospital de destino " hospital vivale". Chego ao hospital de destino procuro orientação no pronto atendimento os mesmos diz que o procedimento não está agendado que a paciente passará por avaliação e talvez seja feito a troca da GTT no centro cirúrgico, o filho chega exaltado me confrontando sobre não ter esperado ele , que como a gente transfere uma senhora com alzheimer sem acompanhante, e que o mesmo está sem documentação nenhuma da paciente "mãe ", oriento que somos responsáveis só pela remoção e com orientação da responsável da clínica de repouso que era pra ter levado a paciente que o mesmo "filho " iria encontrar com a gente no hospital, o mesmo continua sendo grosseiro e falando alto.



Materiais Utilizados

REALVIDAS

| Pedagios | Outros: | 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 - Pegueno | <input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso | Quantos Bar Utilizou | |

| | | |
|---|---|---|
| Médico Responsável Data ____/____/____ | Enfermagem Responsável Aline Moutinho ALINE CRISTINA MOUTINHO Coren/ 871076 Data ____/____/____ | Condutor Socorrista <i>Saulo RDCesar</i> SAULO RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35 Data ____/____/____ |
|---|---|---|