

# Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

788

<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 checked="" type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR		<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR		<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT	

Tipos de Exames  CATE  TOMO  RX  CPRS  PET SCAM  
 GTT  TQT/TQM  US  RMN  T. C. HIPER. Outros

EMPRESA M. SOLVA Solicitante O.P. Tirofó Data 20.07.24

Origem: H. Benefício T1 x H. V. VAREZ. x

Nome: Katia da Costa Ortiz Gonçalves Idade 63 Contato:

Sexo  Masculino  Feminino

SUS / CONVENIO SUL AMERICANA

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>47446</u>	km <u>47494</u>	km	km
<u>47420</u>	Hora Chegada <u>13:40</u>	Hora Chegada <u>14:35</u>	Hora Chegada	
Hora	Hora Saída <u>13:55</u>	Hora Saída <u>14:55</u>	Hora Saída	Hora
	Visto Origem <u>Moises</u>	Vista Destino <u>Assento Comum - Motorista Ativo CORENSP 432497 - ENF</u>	Vista Destino	

Neurológica  Lúcido  Orientado  Conciente  Desorientado  Inconsciente

Pupilas  Isocôricas  Anisocôrica  Midriátrica  Miotica  D ou E  É Maior

Respiratória  Eupnélico  Taquicardia  Braquicardia  Apnéia  Cheyne Stokes  Biot  Kussmaul veio uso de O2

Circulatório  Pulso normocadiaco  Ritímico  Arritmico  Dicrotico  Taquifgmia  Brasisfgmia  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>13:40</u>	<u>128/80</u>	<u>129</u>	<u>25</u>	<u>14</u>	<u>-</u>	<u>96</u>	<u>-</u>
<u>14:30</u>	<u>130/90</u>	<u>117</u>	<u>22</u>	<u>14</u>	<u>-</u>	<u>91</u>	<u>-</u>

## Abertura ocular

- Espontânea 4
- voz 3
- A dor 2
- Nenhuma 1

## Resposta Verbal

- Orientada 5
- Confusa 4
- Palavras Improórias 3
- Palavras Incomprênsivas 2
- Nenhuma 1

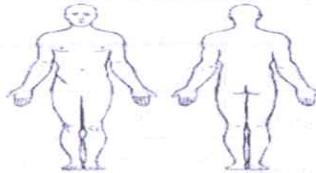
## Resposta Motora

- Obdece comandos 6
- Localiza Dor 5
- Movimentos de retardia 4
- Flexão Anormal 3
- Extensão Anormal 2
- 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	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

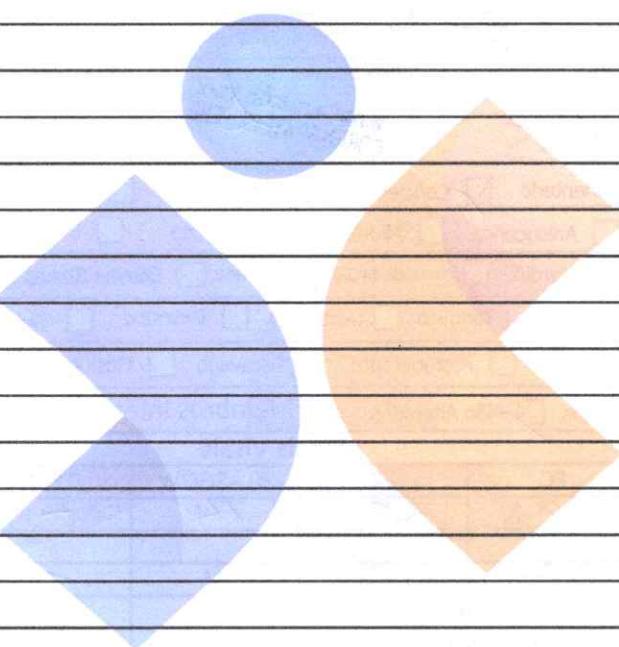
Nome Katia da Costa Ortiz  
 RG/CPF 15 992037 1

assinatura Leocadia Almeida

## Observações Médicas / Enfermeiros

13:40 - Paciente se encontrava no leito; acompanhada pela irmã; consciente, um pouco confusa; em uso de máscara não reativa - somente; AVP em MSE em uso de medicamento em macrogotas, ABS globoso; SUD com presença de diurese amarelo ouro; transferida para o hospital VivaVale;

14:35 Chegada no hospital VivaVale; sem antecedentes; paciente instável



## Materiais Utilizados

- \* uso de máscara descartável → 3 un.
- \* uso de máscara não reativa (lacre: 0150953) - reper
- \* uso de 01 lençol descartável.

Pedagios		Qual	Refeição / Lanche	Sim	Não
Oxigênio	01 - Grande	<input checked="" type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	0,50,	
	02 - Grande	<input checked="" 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	<input checked="" type="checkbox"/> Quantos Bar Utilizou	10,11	
	04 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou		

<b>Médico Responsável</b>	
Luis Cesar C. 11781 CRM-SP 11781 CPME 49794	
Data	20 / 07 / 24

<b>Enfermagem Responsável</b>	
Enfermeira COREN-SP: 800673	
Data	____ / ____ / ____

<b>Condutor Socorrista</b>	
Juci	
Data	____ / ____ / ____