

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

320

<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA	<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	
	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT/TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.	Outros

EMPRESA Casa Saude Solicitante Mayara Data 20/09/24

Origem: Rua Bulganin 655 x Vila Verde SJC x

Nome: CRISTINA CHARALANBATIS Idade 55. Contato:

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO UNIMED.

Nº CARTEIRINHA 000450349002901

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>136511</u>	km <u>136580</u>	km <u>136662</u>	km
<u>136504</u>	Hora Chegada <u>5:22</u>	Hora Chegada <u>6:21</u>	Hora Chegada <u>06:30</u>	<u>136641</u>
Hora	Hora Saída <u>5:35</u>	Hora Saída <u>06:00</u>	Hora Saída <u>06:30</u>	Hora
<u>5:30</u>	Visto Origem <u>Rodrigo Monteiro de Siqueira</u> <u>COREN-SP 837083 - ENF</u>	Vista Destino	Vista Destino	<u>06:56</u>

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado Inconsciente

Pupilas Isocóricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnélico Taquicardia Braquicardia 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>06:30</u>	<u>100/60</u>	<u>89</u>	<u>20</u>		<u>36.5</u>	<u>96</u>	

Abertura ocular

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

Resposta Verbal

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

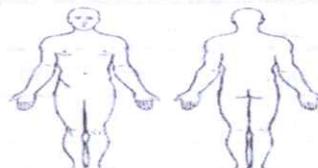
Resposta Motora

- 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 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 Gabriela Toffolo da Silveira Antunes

RG/CPF 27488547

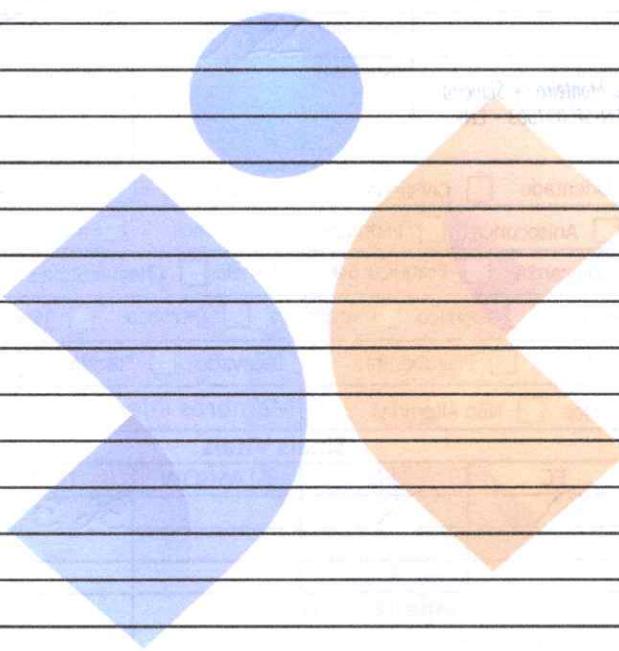
assinatura



Observações Médicas / Enfermeiros

05h:35 min Transfere da sua residência para procedimentos deletérios em São Paulo das famílias, permanecendo por somente um mês de desnutrição, sem planos e calorias suficientes para sua sobrevivência. Fazia 100 dias que não comia. 11h:00 min recibe cida médica

12h:20 permanece em sua residência acompanhado por familiares sem intercorrências.



Materiais Utilizados

4 horas de duração procedimento (M)

REAL VIDAS

Pedagios	1	Qual	Refeição / Lanche	Sim	1 Gola, 1 apf	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

885004 Jéssica S

Data 20/09/24

Condutor Socorrista

Celio

Data 20/09/24