

Ficha de Acompanhamento

OS: 1493

VTR: 5

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

Empresa: HOSPITAL CEPOG LTDA Solicitante: Central de vagas Data: 30/04/2025

Origem: PERIMETRO DE GUARATINGUETÁ - GUARATINGUETÁ | SP X HOSPITAL FREI GALVÃO - GUARATINGUETA | SP X HOSPITAL FREI GALVÃO - GUARATINGUETA | SP

Nome: Leonor R. F. de Melo e Silva. Idade: 80 Contato:

Sexo: Masculino Feminino

SUS/CONVENIO: Unimed N°CARTEIRINHA: 7021000018005

| Saída Base | Origem | Destino | Destino | Chegada Base |
|-------------|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| Km: 78764 | Km: 78815 Hora Chegada: 23:44 | Km: 78818 Hora Chegada: 00:01 | Km: 78818 Hora Chegada: 00:01 | Km: 78878 |
| Hora: 22:45 | Hora Saída: 23:55 Visto Origem: | Hora Saída: 00:20 Visto Destino: | Hora Saída: 00:20 Visto Destino: | Hora: 00:01 |

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:

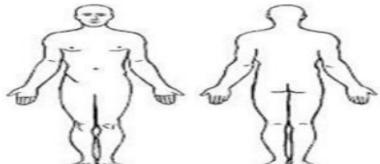
Obdece comandos 6
Localiza Dor 5
Movimentos de retardia 4

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

23:44h CHego ao hospital de origem paciente em leito de emergência com consciente, orientada,em AA,afebril,eupneica,normocardica,mantendo AVP em msd (D) jelco 22,transfiro para maca e conduzo à ambulância. 00:01h Chego ao hospital de destino passo paciente aos cuidados da equipe I9cal.



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 Dr. Briet LUIZ BRIET DE ALMEIDA CRM/ 49794 Data ____/____/____ | Enfermagem Responsável Aline Moutinho ALINE CRISTINA MOUTINHO Coren/ 871076 Data ____/____/____ | Condutor Socorrista <i>Saulo R. D. Cesar</i> SAULO RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35 Data ____/____/____ |
|---|---|---|