

# Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

BÁSICA  UTI ADULTO  UTI INFANTIL  UTI NEO  UTI ÁREA  EVENTOS  PARTICULAR  APH  
 EXAMES  TRASFERÊNCIA HOSPITALAR  ALTA HOSPITALAR  INTERNAÇÃO  SIV - INT

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

EMPRESA ACC. M. SOLUS

Solicitante

João Nofr. n.

Data 09/10/24

Origem: São Paulo/Guaporé x H. Samar. 25.

Nome: Maria Julia Gonçalves Rebeiro Idade 07 Contato: 12.996265245

Sexo  Masculino Feminino

SUS / CONVENIO Sul Américana

Nº CARTEIRINHA 01349091054540105

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 55778	km 55860	km 55925	km	km 56060
Hora 22:43h	Hora Chegada 23:45	Hora Chegada 01:03	Hora Chegada	Hora 02:57

Neurológica  Lúcido  Orientado  Conciente  Desorientado  InconscientePupilas  Isocôricas  Anisocorica  Midriátrica  Miotica  D ou E  É MaiorRespiratória  Eupnéico  Taquicardia  Braquicardia  Apnéia  Cheyne Stokes  Biot  KussmaulCirculatório  Pulso normocadiaco  Ritimico  Arritmico  Dicrotico  Taquisfmgia  Brasisfgmia  FiliformeAbdomem  Plano  Globoso  Protuberante  Escavado  Flácido  Em AventalMembros Superior  Alterados  Não Alterados Membros Inferiores  Alterados  Não Alterados

## Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
23:47		86 ppm	22 ppm	15			

### 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

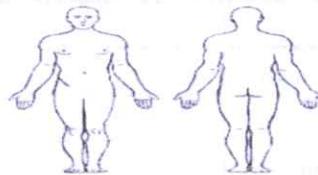
### Resposta Motoria

- 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 Silv. Aleff. Ribeiro

assinatura

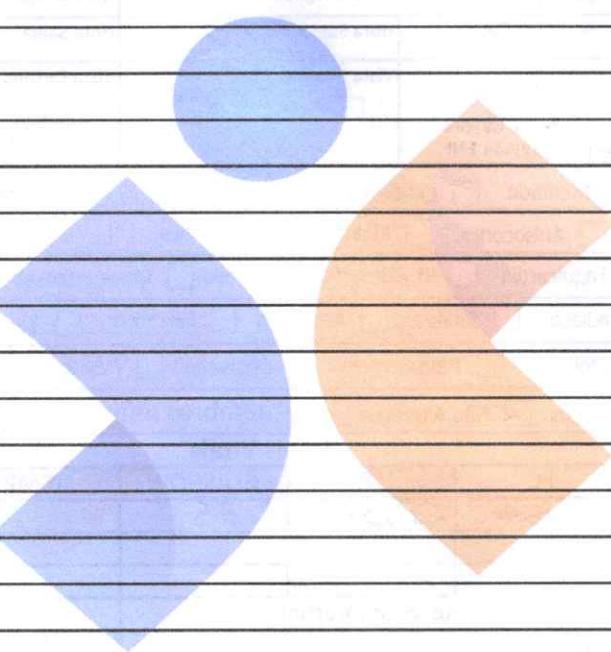
RG/CPF 442 245 97877

Alergico Varco Uso de Cefepim

## Observações Médicas / Enfermeiros

00-R- Paciente 07 anos, acompanhada do Tio Aileff  
durante transporte da Sta Casa de Cruzado para Resende,  
mantendo AV Desenvolvida em MSD, SIC da enfermeira,  
apresentou alteração a farmacêutica. Suspeita de PNM.

*Novo*  
Luciene Aparecida dos Santos Cardoso Acel  
COREN-SP-279878-ENF



## 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 - Pegueno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	

<i>Dra. Lucas Costa</i>	
Médico Responsável	
MÉDICO	
CREMESP 260.341	
Data	09 / 10 / 24

Enfermagem Responsável	
<i>Luciene Aparecida dos Santos Cardoso Acel</i>	
COREN-SP-279878-ENF	
Data	09 / 10 / 24

Condutor Socorrista	
<i>Novo</i>	
Data	/ /

**CHAMADO****ATENDIMENTO (316224)**

<b>SOLICITANTE:</b>	GLEYCE KLAY - REDE D'OR	<b>TIPO DE SOLICITANTE:</b>	
<b>TEL. SOLICITANTE:</b>	(21) 4004-6557	<b>TIPO DA OCORRÊNCIA:</b>	ATENDIMENTO
<b>DATA/HORA REGISTRO:</b>	09/10/2024 20:10	<b>ARM:</b>	REDE D'OR 1
<b>UNIDADE DE ATENDIMENTO:</b>	REDE D'OR		
<b>ESTAB. ORIGEM:</b>	HOSP SANTA CASA DE CRUZEIRO Tel:.Comercial - (12) 3184-7000,		
<b>ESTAB. DESTINO:</b>	HOSP SAMER Tel:.Comercial - (24) 3358-9000,		

**PACIENTE: MARIA JULIA GONCALVES RIBEIRO**

<b>CLIENTE:</b>	RDSL REMOÇÕES LTDA (CNPJ: 40203244000196)	<b>CONTRATO:</b>	REDE DOR - ARP
<b>MATRÍCULA CONTRATO:</b>	01349091054540105	<b>CPF:</b>	53591045896
<b>IDADE:</b>	7 Ano(s)	<b>DT. NASCIMENTO:</b>	08/10/2017
<b>PESO:</b>	16		
<b>SEXO:</b>	Feminino		

**REMOÇÃO**

<b>TIPO REMOÇÃO:</b>	INTER-HOSPITALAR	<b>TIPO PERCURSO:</b>	IDA
<b>PRIORIDADE:</b>	<b>VERDE</b>		
<b>MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:</b>	TRANSFERÊNCIA INTER-HOSPITALAR	<b>AGENDAMENTO:</b>	Imediato
<b>VEÍCULO:</b>		<b>TIPO VEÍCULO:</b>	USA
<b>INÍCIO:</b>	09/10/2024 20:10	<b>DATA/HORA:</b>	09/10/2024 20:10
<b>FIM:</b>	09/10/2024 21:10		
<b>QUESTIONÁRIO:</b>	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?: NÃO		
<b>PROTÓCOLO:</b>	ENTUBADO? NÃO TRAQUESTOMIZADO? NÃO OXIGÊNIO? NÃO		

**ENDERECO****ORIGEM (CEP: 12701330)**

<b>ESTADO:</b>	SÃO PAULO	<b>CIDADE:</b>	CRUZEIRO
<b>BAIRRO:</b>	CENTRO	<b>LOGRADOURO:</b>	AVENIDA MAJOR NOVAES
<b>Nº:</b>	715		
<b>SETOR:</b>	PS	<b>RESPONSÁVEL:</b>	ELIZANGELA
<b>LATITUDE:</b>	-22,57526	<b>LONGITUDE:</b>	-44,96447

**DESTINO (CEP: 27541060)**

<b>ESTADO:</b>	RIO DE JANEIRO	<b>CIDADE:</b>	RESENDE
<b>BAIRRO:</b>	MONTESE	<b>LOGRADOURO:</b>	RUA CADETE EDSON
<b>Nº:</b>	38		
<b>SETOR:</b>	PS	<b>RESPONSÁVEL:</b>	MONIQUE