

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR 318

☐ BASICA ☒ 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 ☐ Outros *Doppler Carotídeos*
☐ GTT ☐ TQT/TQM ☐ US ☐ RMN ☐ T. C. HIPER.

EMPRESA *H. Celso* Solicitante *C. Vagos* Data *30.12.24*

Origem: *H. Celso* x *H. F. 201. 9400* x *H. Celso*

Nome: *HELENA DE CASTRO RODRIGUES* Idade _____ Contato: _____

Sexo ☐ Masculino ☒ Feminino

SUS / CONVENIO *Unimed Res?*

Nº CARTEIRINHA *0970 0026 000 3169 74*

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <i>169.681</i>	km	km <i>169.720</i>	km <i>169.22</i>	km <i>169.761</i>
	Hora Chegada <i>16:57</i>	Hora Chegada <i>16:58</i>	Hora Chegada <i>17:50</i>	
	Hora Saida <i>16:45</i>	Hora Saida <i>18:30</i>	Hora Saida <i>19:00</i>	
Hora <i>15:27</i>	Visto Origem <i>Clínica da Silva Marcolino</i>	Visto Destino <i>Clínica da Silva Marcolino</i>	Visto Destino <i>Clínica da Silva Marcolino</i>	Hora <i>19:55</i>

Neurológica ☒ Lúcido ☐ Orientado ☐ Conciente ☐ Desorientado ☐ Inconsciente

Pupilas ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Midriática ☐ Miotica ☐ D ou E ☐ É Maior

Respiratória ☒ Eupnéico ☐ Taquicardia ☐ Braquicardia ☐ Apnéia ☐ Cheyne Stokes ☐ Biot ☐ Kussmaul

Circulatório ☐ Pulso normocardiaco ☐ Rítmico ☒ Arritmico ☐ Dicrotico ☐ Taquissíngia ☐ Bradiassíngia ☐ 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
<i>13:02</i>	<i>120x08</i>	<i>70</i>	<i>20</i>	<i>15</i>	<i>36.5</i>	<i>97</i>	<i>95</i>

Abertura ocular

☒ Espontânea 4
☐ voz 3
☐ A dor 2
☐ Nenhuma 1

Resposta Verbal

☒ Orientada 5
☐ Confusa 4
☐ Palavras Improórias 3
☐ Palavras Incompreensivas 2
☐ Nenhuma 1

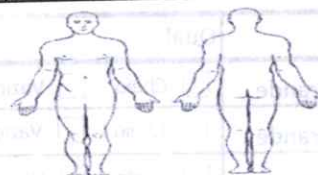
Resposta Motora

☒ Obedece 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 *Thais Regina Amanda Helena de Castro Rodrigues*
 RG/CPF *291742578-70*

assinatura *Thais Helena de Castro Rodrigues*

Observações Médicas / Enfermeiros

16:45h; Admito paciente com Hx: AVE na Hospital CEPH para exame de carótida no Hospital Freigalvão. Paciente Glasgow 15, parrestesia (E) de membros superiores e inferiores; uso de AVE²² com pulso de identificação, acompanhamento pelo filho Thair Rodrigues; Paciente acomodado, sem intercorrência no transporte do paciente. Deixo paciente no hospital aos cuidados do Enfermeiro Bruno Ferraz.

Karen da Silva Ferraz
COREN-SP 820489-ENF

Relatório médico: informo que acompanhei paciente Helena para Hospital Freigalvão para exame de doppler de carótida. Exame foi cancelado devido impossibilidade técnica, com possível quadro de Fibrilação atrial. Deixo relatório da médica radiologista responsável em mãos de enfermeiro Bruno (apop). Carlos

Dra. Maria Célia M. Bustamante
Médica
CRM 264912/SP

Materiais Utilizados

REAL VIDAS

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

Médico Responsável
Dra. Maria Célia M. Bustamante
Médica
CRM 264912/SP

Data 30/12/24

Enfermeiro Responsável
Karen da Silva Ferraz
COREN-SP 820489-ENF

Data 30/12/24

Condutor Socorrista

Rodrigo L.

Data 30/12/24

2- N° Guia no Prestador

Assinatura do Responsável pela Autorização