

Ficha de Acompanhamento

OS: 1669

VTR: 798 - JUMPER

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

Empresa: UNIMED CAÇAPAVA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
 Origem: HOSPITAL UNIMED CAÇAPAVA - X HOSPITAL 10 DE JULHO - UNIMED - PINDAMONHANGABA X HOSPITAL 10 DE JULHO - UNIMED - PINDAMONHANGABA
 CAÇAPAVA | SP | SP

Nome: NEYDE MARCONDES Idade: 0 anos Contato:
 Sexo: Masculino Feminino
 SUS/CONVENIO: UNIMED NºCARTEIRINHA: 0407651022789001

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 86542	Km: 86618	Km: 86618	Km: 86618	Km: 86851
Hora: 05:55	Hora Chegada: 06:48	Hora Chegada: 08:00	Hora Chegada: 08:00	Hora: 08:33
	Hora Saída: 07:02	Hora Saída: 08:04	Hora Saída: 08:04	
	Visto Origem:	Visto Destino:	Visto Destino:	

Neurológica Lúcido Orientado Consciente Confuso Comunicativo Não Verbaliza

Pupilas Isocóricas Anisocorica Midriátrica Miótica D ou E É Maior

Respiratória Eupnéico Taquipneico Bradipneico Dispneico Apneia

Circulatório Normocárdico Tarquicardico Bradicardico Filiforme

Abdômen 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
07:30						99	

Abertura ocular:

Espontânea 4 A dor 2
 voz 3 Nenhuma 1

Resposta Verbal:

Orientada 5
 Confusa 4
 Palavras Improórias 3
 Palavras Incompréencivas 2

Resposta Motoria:

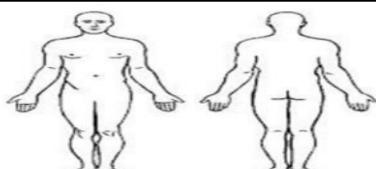
Obdece comandos 6
 Localiza Dor 5
 Movimentos de retardia 4

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

Paciente encontra-se no leito em DDH, com grades e cabeceira elevadas, mantendo cateter nasal de O2 há 03l/m, AVP em MSE com CIV 22 sem presença de sinais flogísticos infundindo SF 0,9% 500ml, SVD em coletor de SF com presença de diurese de aspecto amarelo ouro e com presença de grumos em extensão, hemodinâmica estavel, porém com períodos de confusão mental, pele fina e frágil com presença de hematomas e pequenas lesões de grau I em MMSS e II, acompanhada pelo filho, acomodada em maca de transporte e encaminhada para hospital 10 de julho com equipe médica e enfermagem, onde foi transferida para leito de UTI sem intercorrências, passado plantão para enfermagem e médico responsável pela unidade/setor, segue aos cuidados do mesmo.



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 DANIela DE OLIVEIRA MONTANO Coren/ 698661 Data ____ / ____ / ____	Condutor Socorrista <i>[Signature]</i> CARLOS ALBERTO MARCONDES DE SOUZA CNH/ 1234546 Data ____ / ____ / ____
---	---	---