

# Ficha de Acompanhamento

VTR 318

<input type="checkbox"/> BÁSICA	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT	

<b>Tipos de Exames</b>	<input type="checkbox"/> CATE	<input type="checkbox"/> TOMO	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	<b>Outros</b>
	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT/TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.	

EMPRESA H. UNIMED. CACAPAVA - Solicitante C. VAGAS Data 07/02/25

Origem: H.U. CACAPAVA x H.F.GACUAD x

Nome: Luiz Fernando de Oliveira Santos Idade 37 Contato: Unimed Vale

Sexo  Masculino  Feminino

## SUS / CONVENIO

## Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>172527</u>	km <u>172576</u>	km <u>172643</u>	km	km <u>172750</u>
	Hora Chegada <u>09:00</u>	Hora Chegada <u>10:30</u>	Hora Chegada	
Hora <u>08:10</u>	Hora Saída <u>09:40</u>	Hora Saída <u>11:00</u>	Hora Saída	Hora <u>13:00</u>
	Visto Origem <u>08:10</u>	Vista Destino Nunes de Oliveira Luis Fernando Enfermagem Coren-SP 2014538	Vista Destino	

Neurológica  Lúcido  Orientado  consciente  Confuso  Comunicativo  Não Verbaliza

Pupilas  Isocôricas  Anisocorica  Midriátrica  Miotica  D ou E  É Maior

Respiratória  Eupnéico  Taquipneico  Bradipneico  Dispneico  Apneia

Circulatório  Normocárdico  Tarquicardico  Bradicardico  Filiforme

Abdome  Plano  Globoso  Protuberante  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
<u>09:45</u>	<u>120x70</u>			<u>15</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

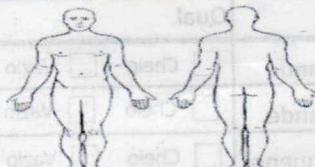
## Resposta Motoria

- 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									



## 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

assinatura

RG/CPF

# Observações Médicas / Enfermeiros

Cliente proveniente de uma urgência instável que deu entrada ontem no pronto socorro, HAP, queixando de ataque no peito, troponina negativa, ECG alterado por isso está sendo feito para UTI com suporte de hemodinâmica. Em BEG mantendo SUD que foi fez uso de um aperto de mão que deu alívio de dor que caiu para níveis pré-gres. Mantido AVP, em AT sem drogas vasoativas.

Feliz SUD. O feito PA sem anormalidades.

Orientando - se: consciente, orientado, comunicativo, para plenitude de memória.

O paciente estou de volta ao seu dia na ambulância  
de volta para a enfermaria do hospital.

Promo o caso.

Andrea Stqueira  
Enfermeira  
COREN-SP 409980

## 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	

<b>Médico Responsável</b>  Lillian Pozzi CNS: 204311009470003 Data _____
---

<b>Enfermagem Responsável</b> Andrea Stqueira Enfermeira COREN-SP 409980 Data 07 / 02 / 25
--

<b>Condutor Socorrista</b> Wils Fernando Data 07 / 02 / 25
--