

# Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

198

<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 checked="" type="checkbox"/> EXAMES	<input 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	

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

EMPRESA H. Cepog Solicitante C. Jager Data 21-02-25

Origem: H. Cepog x Int. 5<sup>ta</sup> Rua x H. Cepog

Nome: Elaine Cristina Galhardo Idade 40 Contato: 01-31253188

Sexo  Masculino  Feminino

SUS / CONVENIO Unimed Nº CARTEIRINHA 09700022009255957

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 69169	km 69218	km 69220	km 69221	km 69285
	Hora Chegada 08:00	Hora Chegada 08:05	Hora Chegada 10:25	

Hora 7:00 Hora Saída 08:10 Hora Saída 10:20 Hora Saída 10:35 Hora 11:30

Visto Origem Ana Paula Vista Destino Marcilia Souza Magalhães Hora 11:30

Técnica de Enfermagem Coron 262702

Neurológica  Lúcido  Orientado  consciente  Confuso  Comunicativo  Não Verbaliza

Pupilas  Isocóricas  Anisocorica  Midriátrica  Miotica  D ou E  É Maior

Respiratória  Eupnáico  Taquipneico  Bradipneico  Dispneico  Apneia

Circulatório  Normocárdico  Tarquicardico  Bradicardico  Fibriforme

Abdomem  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
08:00	120x80	78	16	15	35.7	99%	

### 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

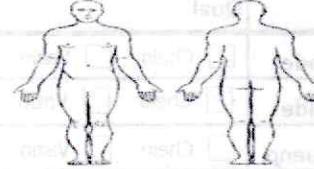
### Resposta Motora

- 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 <u>Jeronimha Francisco Galhardo</u>	assinatura
RG/CPF <u>20.368.392</u>	<u>Jeronimha Francisco Galhardo</u>

## **Observações Médicas / Enfermeiros**

Ciente ayernta-se consciente orientada, calma comunicativa, eufmica, estbil. Mantnolo mto delinizado em radial (1) para sinal flogistico, aprente desvio de riua dividido a posuer de paralisia de Bell ha 10 anos. Alergia a NIME-SOLIDA, fog uno de pulsos de Identificao. Encambrada para Instituto Santa Rosa para realizao de exames, desorganizada pelo mrci, Drº Bril, oftalmia. Retornou p/ enjor sem nenhuma intercorrncia no prenso.

~~ED. PLAN DE TOLEDO~~

## Materiais Utilizados

M: 07.20 / 11:15

1:07:00 11:15

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

**Médico Responsável**

<b>Enfermagem Responsável</b>	<i>Cassia Jane de Toledo</i>
COREN - SP 514223 - ENF	
<b>Data</b>	<u>21/02/25</u>

## Condutor Socorrista