

# Ficha de Acompanhamento

OS  
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	

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

EMPRESA *ACL Remocão* Solicitante *Rosane* Data *10/12/29*

Origem: *Santa Cruz Araguaia M. SAMER Rosana RG X*

Nome: *Bruno Baldo de Santos* Idade *22* Contato:

Sexo  Masculino  Feminino

SUS / CONVENIO *Rod Dorn* Nº CARTEIRINHA *01349003023920101*

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <i>164925</i>	km <i>168362</i>	km <i>168100</i>	km	km <i>168262</i>
Hora Chegada <i>16:55</i>	Hora Chegada <i>18:40</i>	Hora Chegada <i>19:05</i>	Hora Chegada	Hora <i>21:30</i>

Hora Saída *17:18* Hora Saida *19:05* Vista Origem *Dra. Rosana Dorn CRM-SP-77332-8* Vista Destino

Visto Origem *Luis Ricardo de Castilho Freire COREN-SP-805.318-ENF* Hora *15:25.*

Neurológica  Lúcido  Orientado  Conciente  Desorientado  Inconsciente

Pupilas  Isocôricas  Anisocorica  Midriátrica  Miotica  D ou E  É Maior

Respiratória  Eupnéico  Taquicardia  Braquicardia  Apnéia  Cheyne Stokes  Biot  Kussmaul

Circulatório  Pulso normocadiaco  Ritítmico  Arritmico  Dicrotico  Taquisfmgia  Brasifgmia  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>100x60</i>	<i>85</i>	<i>22</i>		<i>36.4</i>	<i>97</i>	<i>-</i>

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4	<input type="checkbox"/> Orientada 5	<input type="checkbox"/> Obdece comandos 6
<input type="checkbox"/> voz 3	<input type="checkbox"/> Confusa 4	<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5
<input type="checkbox"/> A dor 2	<input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3	<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Palavras Incomprêencivas 2	<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3
	<input checked="" type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input checked="" type="checkbox"/> Extensão Anormal 2
		<input type="checkbox"/> 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

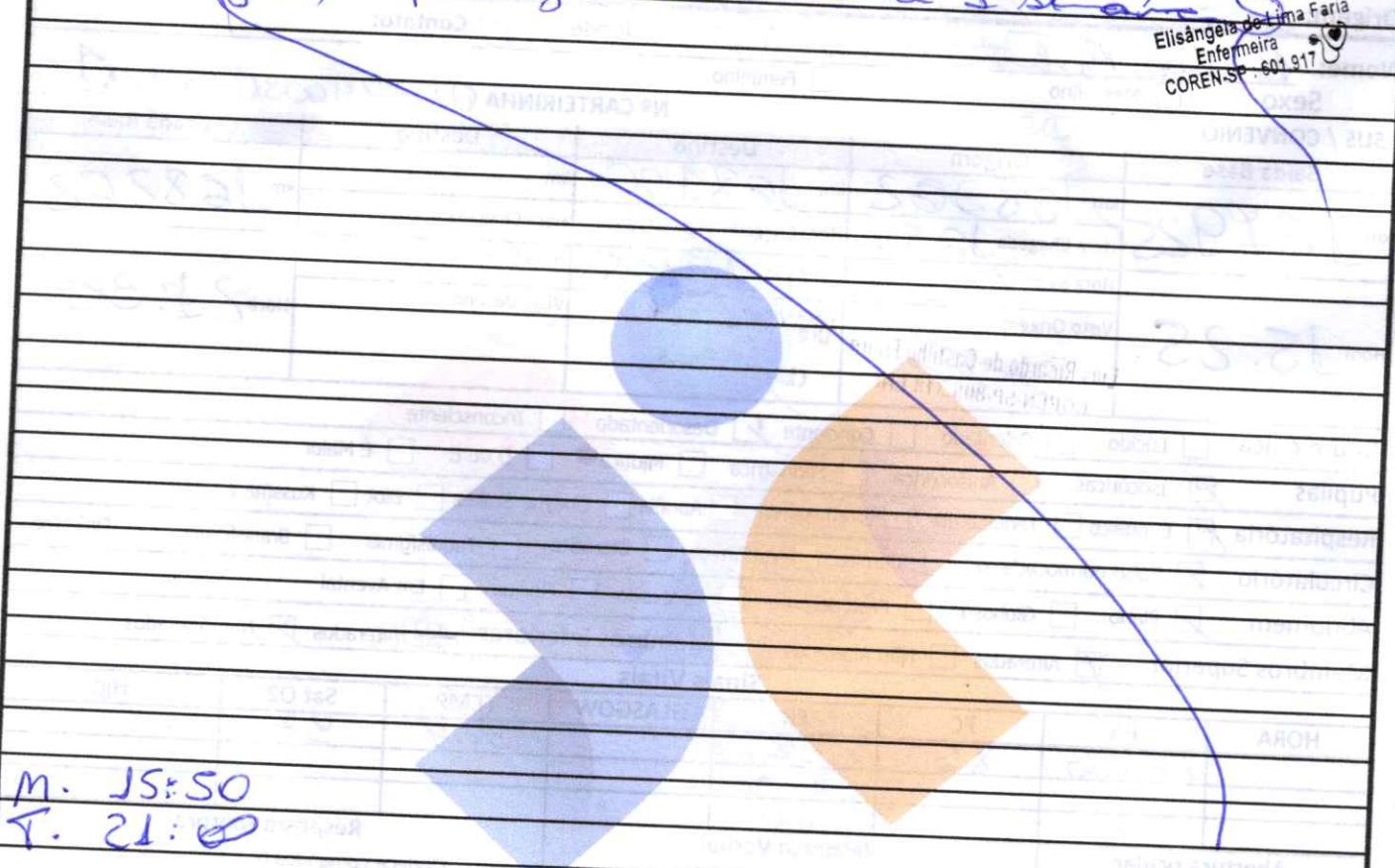
Declaro que fui orientado pela equipe da ambulância e médicos verbalmente sobre o quadro clínico do paciente.  
Estou ciente e orientado do quadro clínico do paciente para transporte e dos riscos envolvidos no transporte, podendo o paciente apresentar quadro clínico de instabilidade durante o percurso.  
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 *Rosane CRP B do Souto* assinatura *[Assinatura]*  
RG/CPF *300 828 36810*

# Observações Médicas / Enfermeiros

Pacientes em transferência hospitalar por risco de fatores de Saúde para necessidade de hospitalização. Realizado TC de Abdome, exames laboratoriais, teste covid-19 dia 06/12 positivo. Um paciente com alergia, reagiu negativamente. Positivo a SARS-CoV-2.

Elisângela de Lima Faria  
Enfermeira 601.917  
COREN-SP



M. 15:50  
T. 21:00

## Materiais Utilizados

# REAL VIDAS

Pedágios	Não	Qual	Refeição / Lanche	Sim	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  
Dr. Lucas Costi  
CRMESP 260.340

MÉDICO	CRMESP 260.340
DATA	10/12/29

Enfermagem Responsável  
Elisângela de Lima Faria  
Enfermeira  
Data COREN-SP 601.917

Enfermagem Responsável	Elisângela de Lima Faria
DATA	10/12/29

Condutor Socorrista  
Luis Fernando  
Data 10/12/29

Condutor Socorrista	Luis Fernando
DATA	10/12/29