

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

788.

<input type="checkbox"/> BÁSICA	<input type="checkbox"/> UTI ADULTO	<input checked="" 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"/> 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	Outros
	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT/TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T.C. HIPER.	

EMPRESA ACL Remoções Solicitante Jonathan. Data 12.11.24

Origem: Hospital São Lucas x H.S.F.assi Jacareí. x

Nome: Matheus Scali Maciel Idade 10 Contato:

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO Nº CARTEIRINHA 01745529864180103

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>59006</u>	km <u>59050</u>	km <u>59101</u>	km <u>59171</u>	km
	Hora Chegada <u>02:52</u>	Hora Chegada <u>03:50</u>	Hora Chegada	

Hora <u>02:10</u>	Hora Saída <u>03:00</u>	Hora Saída <u>04:02</u>	Hora Saída
Visto Origem <u>Thayna G. Matheus</u> COREN-SP 70484 ENE	Vista Destino <u>J. Amador</u>	Vista Destino	Vista Destino

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado Inconsciente

Pupilas Isocôricas Anisocôrica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnêico Taquicardia Braquicardia Apnéia Cheyne Stokes Biot Kussmaul

Circulatório Pulso normocadiaco Ritímico Arritmico Dicrotico Taquicardia Brasisfimia 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
<u>03:00h</u>		<u>126 bpm</u>				<u>100%</u>	

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4	<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5	<input checked="" 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 type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input 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.

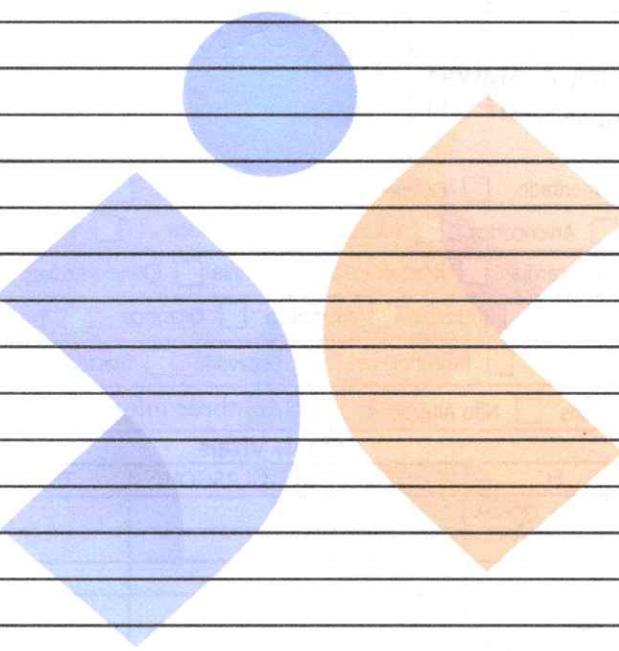
Estou ciente das intervenções necessárias da equipe médica para a segurança do transporte, e dos eventuais riscos que envolvam a viagem que será realizada

Nome <u>Thierry de Cassia Scali</u>	assinatura <u></u>
RG/CPF <u>436372575</u>	

Observações Médicas / Enfermeiros

Pct em transporte deitado e segura na maca acompanhado pelo mãe, médico e enfermeira. Mantendo AVP em dorso da mão e AVP em foro cubital e palmarizado, conciente e alerta, com circulação e frequência cardíaca e S.A.P dentro da norma. A apresenta ambas palpebras superiores edemaciadas.

Luciene Aparecida dos Santos Cardoso Adel
COREN-SP-279878-ENF



Materiais Utilizados

ENT/M.02.40/09:45-

REAL VIDAS

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
<i>Alexandre M. Cardoso</i>
Data 12/11/24

Enfermagem Responsável
<i>Luciene Aparecida dos Santos Cardoso Adel</i>
COREN-SP-279878-ENF
Data 12/11/24

Condutor Socorrista
<i>Adriano</i>
Data 12/11/24

**CHAMADO****ATENDIMENTO (324191)**

SOLICITANTE:	ANDERSON MELO	TIPO DE SOLICITANTE:	
TEL. SOLICITANTE:	(21) 3003-2229	TIPO DA OCORRÊNCIA:	ATENDIMENTO
DATA/HORA REGISTRO:	12/11/2024 01:20	ARM:	REDE D'OR2 (Outros Conselhos -)
UNIDADE DE ATENDIMENTO:	REDE D'OR		

ESTAB. ORIGEM: HOSP POLICLIN CAÇAPAVA - (R. CORONEL JOÃO DIAS GUIMARÃES) Tel:.Comercial - (12) 3221-1000, (HOSP POLICLIN CAÇAPAVA)

ESTAB. DESTINO: HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO FRANCISCO DE ASSIS JACAREÍ Tel:.Comercial - (12) 3954-2400,

PACIENTE: MATEUS SCALI MACIEL

CLIENTE:	RDSL REMOÇÕES LTDA (CNPJ: 40203244000196)	CONTRATO:	REDE DOR - ARP
MATRÍCULA CONTRATO:	XXXXXXXXXX	CPF:	53667869835
IDADE:	10 Ano(s)	DT. NASCIMENTO:	13/02/2014
PESO:	37		
SEXO:	Masculino		

REMOÇÃO

TIPO REMOÇÃO:	INTER-HOSPITALAR	TIPO PERCURSO:	IDA
PRIORIDADE:	VERMELHO	CID10:	T78.4 - Alergia não especificada
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	TRANSFERÊNCIA INTER-HOSPITALAR	AGENDAMENTO:	Imediato
VEÍCULO:		TIPO VEÍCULO:	USA
INÍCIO:	12/11/2024 01:20	DATA/HORA:	12/11/2024 01:20
FIM:	12/11/2024 02:20		
PACIENTE ESTÁ ENTUBADO?: NÃO			
PACIENTE FAZ USO DE O2?: NÃO			
PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO?: NÃO			
PACIENTE ESTÁ EM ISOLAMENTO?: NÃO			
MACA DE OBESO: NÃO			
PACIENTE FAZ USO DE BOMBA DE INFUSÃO? QUANTAS?: 00			
ENTUBADO? NÃO			
TRAQUESTOMIZADO? NÃO			
OXIGÊNIO? NÃO			
PROTOCOLO:			

ENDERECO**ORIGEM (CEP: 12281350)**

ESTADO:	SÃO PAULO	CIDADE:	CAÇAPAVA
BAIRRO:	VILA SÃO JOÃO	LOGRADOURO:	RUA CORONEL JOÃO DIAS GUIMARÃES
Nº:	266		
SETOR:	PS	RESPONSAVEL:	...
LATITUDE:	-23,10479	LONGITUDE:	-45,70862

DESTINO (CEP: 12311200)

ESTADO:	SÃO PAULO	CIDADE:	JACAREÍ
BAIRRO:	PARQUE CALIFÓRNIA	LOGRADOURO:	RUA ERNESTO DUARTE
Nº:	70		