

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

520

<input type="checkbox"/> BÁSICA	<input 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"/>	<input type="checkbox"/> PET SCAM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT

Típos 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 checked="" type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.	

CLIENTE CEBog Solicitante c. vagas Data 16.04.25

Origem: Hosp. Bepeg x Individuo Sandy Rosa Help Bepeg

Nome: Neide Braga Simões da Luz Idade 85 Contato:

Sexo Masculino

Feminino

SUS / CONVENIO Vassoura

Nº CARTEIRINHA 0004550006501248

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>141230</u>	km <u>141293</u>	km <u>141291</u>	km <u>141295</u>	km <u>141325</u>
Hora <u>06:47</u>	Hora Chegada <u>7:30</u>	Hora Chegada <u>7:51</u>	Hora Chegada <u>09:30</u>	Hora <u>10:23</u>

Neurológica	<input checked="" type="checkbox"/> Lúcido	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> consciente	<input type="checkbox"/> Confuso	<input type="checkbox"/> Comunicativo	<input type="checkbox"/> Não Verbaliza
Pupilas	<input checked="" type="checkbox"/> Isocôricas	<input type="checkbox"/> Anisocorica	<input type="checkbox"/> Midriátrica	<input type="checkbox"/> Miotica	<input type="checkbox"/> D ou E	<input type="checkbox"/> É Maior
Respiratória	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéico	<input type="checkbox"/> Taquipneico	<input type="checkbox"/> Bradipneico	<input type="checkbox"/> Dispneico	<input type="checkbox"/> Apneia	
Circulatório	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Tarquicardico	<input type="checkbox"/> Bradicardico	<input type="checkbox"/> Filiforme		
Abdomem	<input checked="" type="checkbox"/> Plano	<input checked="" type="checkbox"/> Globoso	<input type="checkbox"/> Protuberante	<input type="checkbox"/> Escavado	<input type="checkbox"/> Flácido	<input type="checkbox"/> Em Avental
Membros Superior	<input type="checkbox"/> Alterados	<input checked="" type="checkbox"/> Não Alterados	Membros Inferiores		<input type="checkbox"/> Alterados	<input checked="" type="checkbox"/> Não Alterados

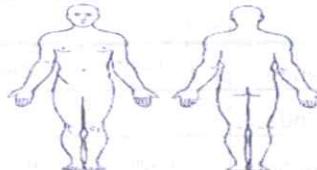
Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
<u>7:50</u>				<u>15</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 Cláudio Luz
RG/CPF 15856707

assinatura Cláudio Luz

Observações Médicas / Enfermeiros

08:00 Paciente encontra-se hemodinamicamente estável c/ ECG: VS suprrica corada hidratado, paciente c/ AVE bilobada em ISTE, paciente em comparsa da filha Claudia. Paciente está preenchendo a hidratação perdeu peso em Coluna vertebral.

08:51 Paciente espera para o exame, realizada CI sucena, segue aguardando liberação da tomografia protocolo de liberação de bandeira amarela para filha Claudia.

09:30 - Passo, paciente c/ bandeira amarela, se encontra c/ inconsciencia.

10:23 Liso da Serraria

Eliane de Souza
Enfermeira
Coren/SP 185972

Eliane de Souza
Enfermeira
Coren/SP 185972

Materiais Utilizados

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

Médico Responsável

Data _____ / _____ / _____

Enfermagem Responsável

Eliane de Souza
Enfermeira
Coren/SP 185972

Data 16/04/25

Condutor Socorrista

Data _____ / _____ / _____