

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

EMPRESA P. ARADEI ante Regula. Cross. SP Data 12/30/2024

Origem: S.C. CEZARINO x Hmvt Taubaté x

Nome: Sophia Luis da Silva Spuducene Idade 2a Contato:

Sexo Masculino

Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>163479</u>	km <u>163 585</u>	km <u>163676</u>	km <u>163710</u>	km
Hora <u>04</u>	Hora Saída <u>06:15h.</u> Visto Origem <u>Ana Claudia Leite</u> <u>COREN-SP 2004879-TE</u>	Hora Saída <u>7:44</u> Vista Destino <u>Aline da Silva Enfermeira COREN-SP 570798</u>	Hora Saída	Hora

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 Ritimico Arritmico Dicrotico Taquisfmgia Brasisfgmia 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>06:01</u>	<u>90x70</u>	<u>324</u>	<u>22</u>	<u>15</u>	<u>36.7°C</u>	<u>98%</u>	<u>-</u>
<u>07:15.</u>	<u>92x75</u>	<u>115</u>	<u>22</u>	<u>15</u>	<u>36.0</u>	<u>97%</u>	<u>-</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

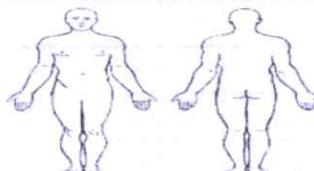
Resposta Motoria

- 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									
III									



Consentimento para transporte de Pacientes

Declaro que fui orientado pela equipe da ambulancia 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 Isabelle da Silva diaz

assinatura

RG/CPF

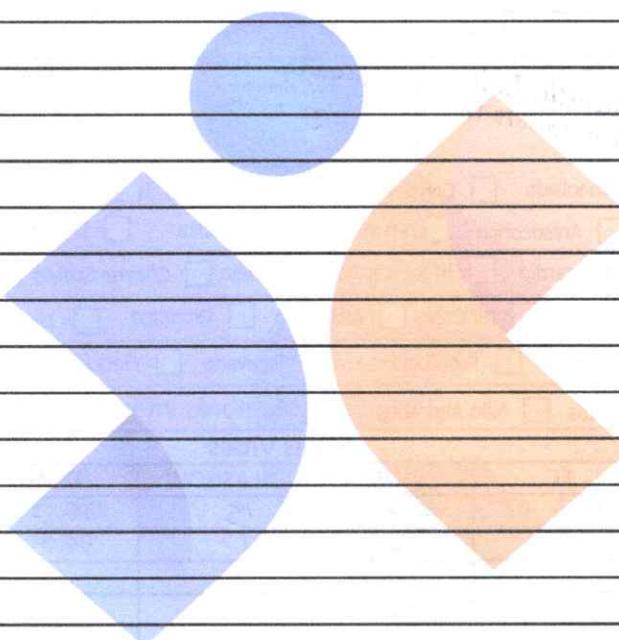
Isabelle da s. diaz

Observações Médicas / Enfermeiros

06:15h. Chegada do hospital Sta Casa de Cruzes, Conscient, Ativo, Reativo. Hipoxia em ambiente, Anictérica, acianótica, afebril (no momento), Descolorada 114+, Desidratada 14%, Abdomen flácido doloroso a palpação, eliminações fisiológicas em dia, CVP em mSD. m: 24 (pe' D), leque acompanhada da mãe e sogra se enfermagem.

07:30h. Chegada a unidade HMVT. Fazendo plantão Enf. Juliane.

Ana Carolina A. de Paiva
Enfermeira
CORRETAS: 142104



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

Médico Responsável

[Handwritten signature]

Data	/ /
------	-----

Enfermagem Responsável

*Ana Carolina A. de Paiva
Enfermeira
CORRETAS: 142104*

Data	12 / 10 / 24
------	--------------

Condutor Socorrista

[Handwritten signature]

Data	/ /
------	-----