

# Ficha de Acompanhamento

OS

VTR 798

<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"/>	<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 CASSI Solicitante C. Vargas Data 25/03/25Origem: St. Casa Boa Vista x Hosp. Prof. Edmundo SPNome: Claudio Mocellin Idade 73 Contato:Sexo  Masculino  FemininoSUS / CONVENIO CASSI Nº CARTEIRINHA 0050000000970000

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>73130</u>	km <u>73274</u>	km <u>73480</u>	km	km <u>73588</u>
Hora Chegada <u>09:25</u>	Hora Chegada <u>12:30</u>	Hora Chegada		Hora <u>16:00</u>

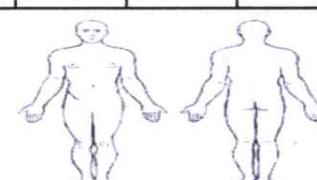
Vista Origem: Raquel Aparecida Pereira  
Graziela Cassinha Molina  
COREN-SP 732847-ENF  
838612

Neurológica  Lúcido  Orientado  consciente  Confuso  Comunicativo  Não VerbalizaPupilas  Isocôricas  Anisocorica  Midriátrica  Miotica  D ou E  É MaiorRespiratória  Eupnélico  Taquipneico  Bradipneico  Dispneico  ApneiaCirculatório  Normocárdico  Tarquicardico  Bradicardico  FiliformeAbdomem  Plano  Globoso  Protuberante  Escavado  Flácido  Em Avental  GravidicoMembros Superior  Alterados  Não Alterados Membros Inferiores  Alterados  Não Alterados

## Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
<u>9:30</u>	<u>120x70</u>	<u>65</u>	<u>16</u>	<u>15</u>	<u>35.7</u>	<u>97%</u>	

TRAUMA	Descrição	Resposta Verbal			Resposta Motora			
		<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5	<input type="checkbox"/> Confusa 4	<input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3	<input type="checkbox"/> Palavras Incomprêencivas 2	<input checked="" type="checkbox"/> Obdece comandos 6	<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5	<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4
	Eschoração	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cont							
	Ferim							
	Luxa							
	Frat							
	Lace							
	Secç							

TRAUMA	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>CLAUDIO MOCELLIN</u>	RG/CPF <u>113.578-94717</u>	assinatura <u>Jean Vargas</u>
------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

## Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente 30G, 10T, suprimento em AA. Mantendo APP em radial (O) sem riscos fisiológicos, infundindo Fidil em 8L 6 ml/h. Transferido para São Paulo, em ambulância da UTI, acompanhado pelo filho, Dr. Biot condutor bueo e inf: Cassia, sem nenhuma intercorrência no trajeto.

## Materiais Utilizados

m:

alimentação

REAL VIDAS

Pedágios		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	
Data	25/03/25

Enfermagem Responsável	Cassia Jane de Toledo
	COREN - SP 514223 - ENF
Data	25/03/25

Condutor Socorrista	
Data	25/03/25