

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

798

<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 type="checkbox"/> EXAMES	<input 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 HOSPITAL 10 de JULHO Solicitante Andre Data 31.07.26

Origem: RESIDÊNCIA xR: MIGUEL ELIAS JABOR x

Nome: JOÃO VÍTOR FELIPE SERRA Idade 17 Contato: 11 972300949

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO Unimed Nº CARTEIRINHA 00572000274000017

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>48280</u>	km <u>48456</u>	km	km
<u>48271</u>	Hora Chegada <u>09:20</u>	Hora Chegada <u>12:19</u>	Hora Chegada	<u>48642</u>
Hora	Hora Saída <u>09:45</u>	Hora Saída <u>17:43</u>	Hora Saída	Hora
	Visto Origem <u>09:00</u> <u>Dr. Icaro Cruz Silva</u> Ortopedista CRM-SP 257489	Vista Destino <u>Dr. Icaro Cruz Silva</u> Ortopedista CRM-SP 257489	Vista Destino	<u>22:00</u>

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 Brasisfmgia 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>09:45</u>	<u>120 x 70</u>	<u>306</u>	<u>100</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

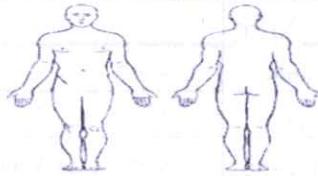
Resposta Motora

- 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

Dr. Icaro Cruz Silva

Nome Claudia da Silva Felipe
RG/CPF 33002238833

assinatura

Ortopedista
CRM-SP 257489

Observações Médicas / Enfermeiros

09:20 - Chegando na residência do paciente 09:45 - saude do paciente para clínico. 10:19 - chegamos na clínica 17:43 - Saude do clínico sem intercorrência. 23:00 - paciente chegou em seu residência, sem nenhuma intercorrência.

Materiais Utilizados

REAL VIDAS

Pedagios	Sim	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

Laury Antunes Gonzaga
Clínica de Enfermagem
CRN 50 • 08.095

Data 31/07/24

Condutor Socorrista

Luis Fernando
Data 31/07/24