

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

320

<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA	<input type="checkbox"/> UTI ADULTO	<input type="checkbox"/> UTI INFANTIL	<input type="checkbox"/> UTI NEO	<input type="checkbox"/> UTI ÁREA	<input checked="" 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 CATE TOMO RX CPRS PET SCAM
 GTT TQT /TQM US RMN T. C. HIPER.

Outros

EMPRESA Particular

Solicitante

Ricardo FloresData 23/09

Origem:

X

X

Nome: Lisival Primavera

Idade

Contato:

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 13.69.91	km 134014	km	km	km 1340B6
	Hora Chegada 12:13	Hora Chegada	Hora Chegada	
	Hora Saída 19:05	Hora Saída	Hora Saída	
Hora 11:30	Visto Origem <u>J. Souza</u>	Vista Destino	Vista Destino	Hora 19:50.

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado InconscientePupilas Isocôricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É MaiorRespiratória Eupnêico Taquicardia Braquicardia Apnéia Cheyne Stokes Biot KussmaulCirculatório Pulso normocadiaco Ritímico Arritmico Dicrotico Taquisfmgia Brasisfgmia FiliformeAbdomem Plano Globoso Protuberante Escavado Flácido Em AventalMembros Superior Alterados Não Alterados Membros Inferiores Alterados Não Alterados

Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

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

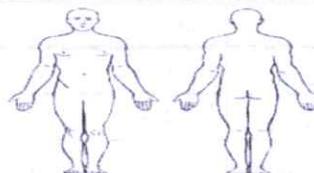
Resposta Motora

- 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 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 Fagner da Oliveiraassinatura RebeloRG/CPF 21219 953-5

Observações Médicas / Enfermeiros

- 12:13 Chegada seu evento: informe nossa chegada.
- 15:30. Atendimentos a paciente Idosa: apresenta sudorese mal estar; pupilas dilatadas; PA: 110x80; Dx: 15 mg/dh. Aguardo melhora; e equipe técnica massagista para auxiliar a paciente para posto de saúde.
- 16:00. Atendimentos a paciente com tencope; apresenta confusão, logo temos melhora, oriento o mesmo a beber bebidas alcoólicas;
- 17:00. Atendimentos ao mesmo paciente anterior; o mesmo apresentou Tontura e queda da mesma altura; PA: 160x80; Dx: 131 mg/dh; entre seu contato com o filho do paciente que veio buscar o paciente, oriento a familiar a importância de procurar atendimento médico.

Danielle Ramos Souza
Enfermeira
COREN-SP: 800673

Danielle Ramos Souza
Enfermeira
COREN-SP: 800673

Danielle Ramos Souza
Enfermeira
COREN-SP: 800673

- * Condutor: Célio.
- * Enfermeira: Danielle.

Materiais Utilizados

- * = 02 lancetas
- * = 02 fita de dextro
- * = 04 farrapos de lona de procedimento

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 _____/_____/_____

Enfermagem Responsável
Danielle Ramos Souza
Enfermeira
COREN-SP: 800673

Data _____/_____/_____

Condutor Socorrista
celio

Data 29/09/2024