

# Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

318

BÁSICA  UTI ADULTO  UTI INFANTIL  UTI NEO  UTI ÁREA  EVENTOS  PARTICULAR  APH  
 EXAMES  TRASFERÊNCIA HOSPITALAR  ALTA HOSPITALAR  INTERNAÇÃO  SIV - INT

Tipos de Exames  CATE  TOMO  RX  CPRS  PET SCAM  
 GTT  TQT / TQM  US  RMN  T. C. HIPER. Outros

EMPRESA H. C. CENE Solicitante JULIANA Data 27.11.24

Origem: Rua Jânio de Castro 215 x R. Cipóz. x

Nome: Eugenio Augusto B. de Toledo Idade 83 Contato: 12.99795.1541

Sexo  Masculino

Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>166157.</u>	km <u>66231</u>	km <u>60302</u>	km <u>60310</u>	km <u>60352</u>
Hora	Hora Chegada <u>12:50</u>	Hora Chegada <u>14:28</u>	Hora Chegada <u>15:00</u>	Hora <u>15:57</u>
Hora	Hora Saída <u>14:00</u>	Hora Saída <u>14:40</u>	Hora Saída <u>15:08</u>	
	Vista Origem	Vista Destino	Vista Destino	Hora <u>15:57</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  Taquifgmia  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

### 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

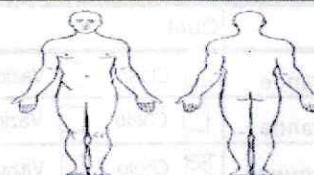
### Resposta Motoria

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 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 Rafaela Cristina dos Santos

RG/CPF 239 91886839

assinatura

Rafaela

## **Observações Médicas / Enfermeiros**

**Observações Médicas / Enfermeiros**

Paciente desid condicione para H. Abog para  
trato de Senza gastrite.

Elisângela de Lima Faria  
Técnica Enfermagem  
COBEN-SP 439795

## 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		90			
	02 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso		Quantos Bar Utilizou		130			
	03 - Pequeno	<input checked="" type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso		Quantos Bar Utilizou		100.			
	04 - Pegueno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso		Quantos Bar Utilizou					

**Médico Responsável**

**Enfermagem Responsável**  
Elsângela de Lima Faria  
**Técnica Enfermagem**  
**COREN-SP 439793**

Condutor Socorrista
Gabriel da Silva
Data 27/11/24