

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

798.

<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 type="checkbox"/> EVENTOS	<input type="checkbox"/> PARTICULAR	<input type="checkbox"/> APH
<input type="checkbox"/> EXAMES	<input checked="" type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA 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 UNIMED. SEG. "RECOL. REM." Solicitante JOÃO. Data 19.01.25.

Origem: S.CASA GUARATINGUETA x H. SANTOS DUMONT. x

Nome: GERALDO JOSE DA COSTA. Idade 50 Contato: (

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO UNIMED Seg. Nº CARTEIRINHA 09941880520504003

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>63926</u>	km <u>63964</u>	km <u>64053</u>	km	km
	Hora Chegada <u>06:25</u>	Hora Chegada <u>7:53</u>	Hora Chegada	

Hora <u>05:50</u>	Hora Saída <u>06:50</u>	Hora Saída <u>08:07</u>	Hora Saída	
	Visto Origem <i>Eduardo Cristina de Almeida Oliveira COREN-SP 75259-01</i>	Vista Destino <i>Pamela Aparecida Trindade COREN 836881</i>	Vista Destino	Hora

Neurológica	<input checked="" type="checkbox"/> Lúcido	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Conciente	<input checked="" type="checkbox"/> Enfermeira	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Inconsciente
-------------	--	------------------------------------	------------------------------------	--	---------------------------------------	---------------------------------------

Pupilas	<input checked="" type="checkbox"/> Isocôricas	<input type="checkbox"/> Anisocorica	<input type="checkbox"/> Midriátrica	<input type="checkbox"/> Miotica	<input type="checkbox"/> D ou E	<input type="checkbox"/> É Maior
---------	--	--------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

Respiratória	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnélico	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Apnéia	<input type="checkbox"/> Cheyne Stokes	<input type="checkbox"/> Biot	<input type="checkbox"/> Kussmaul
--------------	---	--------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------	--	-------------------------------	-----------------------------------

Circulatório	<input checked="" type="checkbox"/> Pulso normocadiaco	<input type="checkbox"/> Ritimico	<input type="checkbox"/> Arritmico	<input type="checkbox"/> Dicrotico	<input type="checkbox"/> Taquisfmgia	<input type="checkbox"/> Brasifgmia	<input type="checkbox"/> Filiforme
--------------	--	-----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------

Abdomem	<input checked="" type="checkbox"/> Plano	<input type="checkbox"/> Globoso	<input type="checkbox"/> Protuberante	<input type="checkbox"/> Escavado	<input type="checkbox"/> Flácido	<input type="checkbox"/> Em Avental
---------	---	----------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------

Membros Superior	<input type="checkbox"/> Alterados	<input checked="" type="checkbox"/> Não Alterados	Membros Inferiores	<input type="checkbox"/> Alterados	<input checked="" type="checkbox"/> Não Alterados
------------------	------------------------------------	---	--------------------	------------------------------------	---

Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
<u>7:00</u>	<u>020x80</u>	<u>87</u>	<u>18</u>	<u>15</u>	<u>36.9</u>	<u>98</u>	

Abertura ocular

- Espontânea 4
- voz 3
- A dor 2
- Nenhuma 1

Resposta Verbal

- Orientada 5
- Confusa 4
- Palavras Improórias 3
- Palavras Incompréhencivas 2
- Nenhuma 1

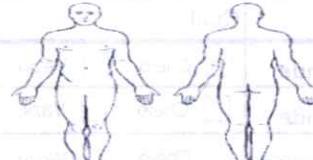
Resposta Motora

- 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

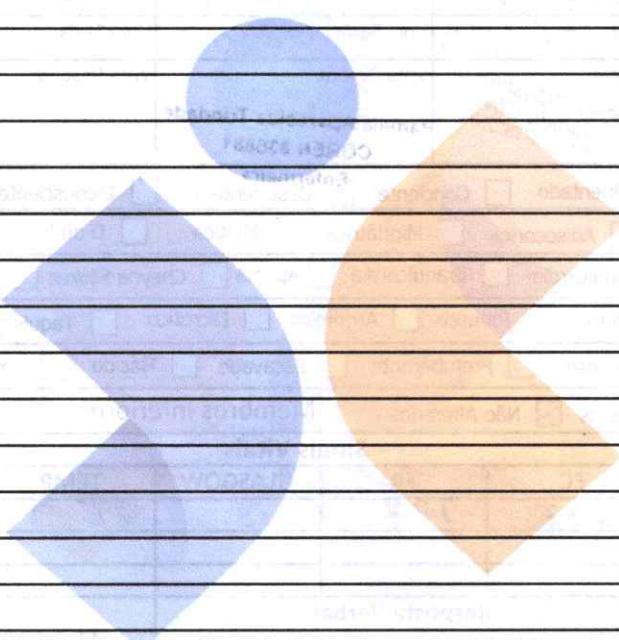
Declaro que fui orientado pela equipe da ambulância e médicos verbalmente sobre o quadro clínico do paciente. Estou ciente e orientado do quadro clínico do paciente para transporte e dos riscos envolvidos no transporte, podendo o paciente apresentar quadro clínico de instabilidade durante o percurso. 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 <u>ERICA MARIA DE CÁSSIA</u>	assinatura
RG/CPF	

Observações Médicas / Enfermeiros

Recebemos paciente masculino no para transferência da
esta casa de quarentena para H. Santos Dumont em
São José com quadro de hemorragia anal pós cirurgia de
hemorroidas; entregamos o paciente no hospital de destino
aos cuidados da Enfermagem sem intercorrências!

DATA CADASTRO
2025/01/19



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

Médico Responsável

Data _____

Enfermagem Responsável

Data 19/01/25

Condutor Socorrista

Luis FERNANDO
Data 19/01/25