

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR 798

<input checked="" type="checkbox"/> BASICA	<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"/> 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	H. V. CACAPAVA	Solicitante	E. V. gal.	Data	22.08.21
---------	----------------	-------------	------------	------	----------

Origem: H. V. CACAPAVA. x Hos. HSAN D. x

Nome:	Alexandre Pereira do Costa	Idade	43	Contato:	
Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino	<input checked="" type="checkbox"/> Feminino			
SUS / CONVENIO	UNIMED. TIE	Nº CARTEIRINHA	040480004134005.		

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km 51666	km 51789	km	km 51948
51620	Hora Chegada 17:40	Hora Chegada 20:18	Hora Chegada	
Hora	Hora Saída 18:34	Hora Saída 20:35	Hora Saída	Hora 22:30
1655	Visto Origem Giovanna Carolina Oliveira Enfermeira	Vista Destino Suzete C. de Andrade COREN 92152	Vista Destino	

Neurológica	<input 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 type="checkbox"/> Isocóricas	<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 type="checkbox"/> Eupnáico	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Bradiacardia	<input type="checkbox"/> Apnéia	<input type="checkbox"/> Cheyne Stokes	<input type="checkbox"/> Biot	<input type="checkbox"/> Kussmaul
--------------	-----------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------	--	-------------------------------	-----------------------------------

Circulatório	<input type="checkbox"/> Pulso normocadiaco	<input type="checkbox"/> Ritimico	<input type="checkbox"/> Arritmico	<input type="checkbox"/> Dicrotico	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Brasisfmgia	<input type="checkbox"/> Filiforme
--------------	---	-----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------

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

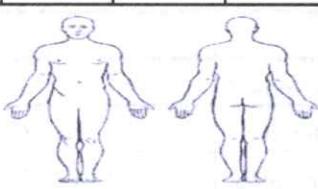
Membros Superior	<input type="checkbox"/> Alterados	<input type="checkbox"/> Não Alterados	Membros Inferiores	<input type="checkbox"/> Alterados	<input type="checkbox"/> Não Alterados
------------------	------------------------------------	--	--------------------	------------------------------------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

Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4	<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5	<input checked="" type="checkbox"/> Obdece comandos 6
<input type="checkbox"/> voz 3	<input type="checkbox"/> Confusa 4	<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5
<input type="checkbox"/> A dor 2	<input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3	<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Palavras Incomprêencivas 2	<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3
	<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2
		<input type="checkbox"/> 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

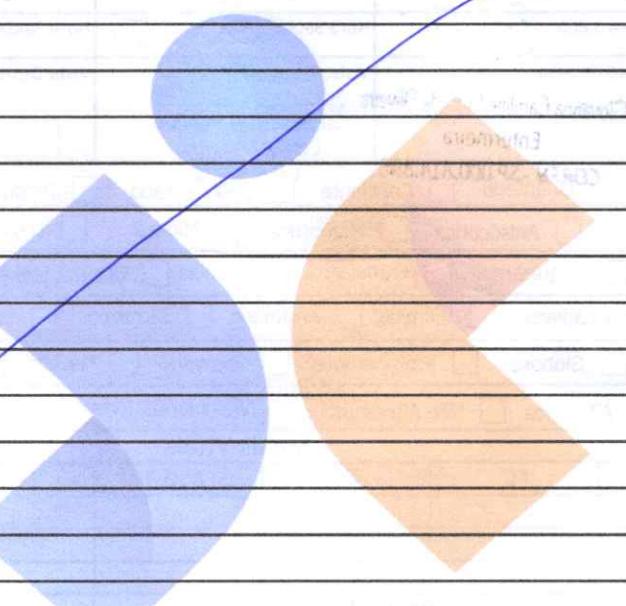
Declaro que fui orientado pela equipe da ambulância e médicos verbalmente sobre o quadro clínico do paciente.
 Estou ciente e orientado do quadro clínico do paciente para transporte e dos riscos envolvidos no transporte, podendo o paciente apresentar quadro clínico de instabilidade durante o percurso.
 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	Alisson de Souza Domes da Silva	assinatura
RG/CPF	396 396 99896	Alexandre Souza Domes

Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente consciente, mantendo-se em A.A., AVP em MSD, infundindo S.E. em uso de Stetosco; paciente acompanhado pelo monitor, sem intercorrências no trajeto.

ALIMENTAÇÃO



Materiais Utilizados

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 _____/_____/_____

Ana Julia de Souza Rotta
Enfermagem Responsável
Enfermeira
COREN-SP 760299

Data 22/08/24

Condutor Socorrista

Jeferson

Data _____/_____/_____