

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

798.

<input type="checkbox"/> BÁSICA	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> EXAMES	<input type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	<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 **AVALIAÇÃO NEURO**

EMPRESA *P. Roseira* Solicitante *NIC* Data *27.07.24*

Origem: *S. CARLA APARECIDA* x *L.R.U.P. ITA* - x

Nome: *Luiz Carlos Botelho* Idade _____ Contato: _____

Sexo Masculino

Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <i>47926</i>	km <i>47972</i>	km <i>48017</i>	km
<i>47857-</i>	Hora Chegada <i>08:15</i>	Hora Chegada <i>09:00</i>	Hora Chegada <i>10:58</i>	
Hora	Hora Saída <i>08:30</i>	Hora Saída <i>10:09</i>	Hora Saída <i>11:07</i>	Hora
	Visto Origem <i>Bruma Zuculatti</i>	Vista Destino <i>Manoel da Cunha COHEN-SP-495684-EMF</i>	Vista Destino <i>Theotokidou Enfermeiro</i>	
<i>09:10</i>				

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado Inconsciente

Pupilas Isocôricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnéico Taquicardia Braquicardia Apneia 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

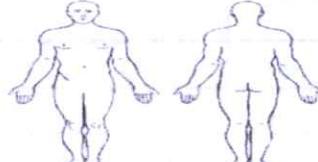
Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
<i>08:25</i>	<i>170x100</i>	<i>147</i>		<i>10</i>		<i>92</i>	

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4	<input type="checkbox"/> Orientada 5	<input 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 checked="" type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input checked="" 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 ambulancia e médicos verbalmente sobre o quadro clínico do paciente.

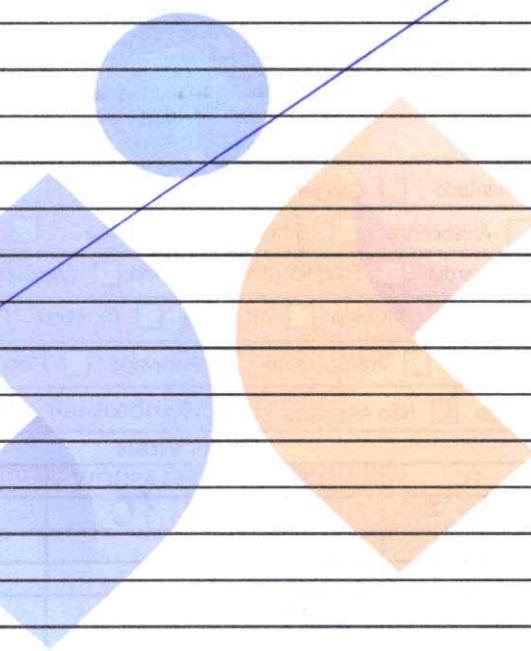
Estou ciente e orientado do quadro clínico do paciente para transporte e dos riscos envolvidos no transporte, podendo o paciente apresentar quadro clínico de instabilidade durante o percurso.

Estou ciente das intervenções necessárias da equipe médica para a segurança do transporte, e dos eventuais riscos que envolvam a viagem que será realizada

Nome *José Antonio Batista* assinatura *José Antonio Batista*
 RG/CPF *022-890-626* *071241728110*

Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente vítima de TCE, pupilas isocônicas fotoreceptores; otonegria a E, AVP a E infundindo Clípride a 15 ml/h, MMSE em restrição e MMPI em restrição devido agitação psicomotora, sem intercorrências no trófico.



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

Condutor Socorrista