

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"/> 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

EMPRESA unimed Jauárti Solicitante Central vagas Data 01/09/25

Origem: unimed Jauárti / unimed Cosipava

Nome: Aline de Castro Jesus Idade 39 Contato:

Sexo Masculino

Feminino

SUS / CONVENIO

Unimed

Nº CARTEIRINHA 09700029002917917

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>74752</u>	km <u>74758</u> Hora Chegada <u>00:35</u>	km <u>74779</u> Hora Chegada <u>01:06</u>	Hora Chegada	km <u>74805</u>
Hora <u>00:18</u>	Hora Saída <u>00:49</u> Visto Origem <u>Maria da Conceição de Oliveira</u> <u>Enfermeira COREN-SP 251880</u>	Hora Saída <u>01:10</u> Vista Destino <u>Flávia Cristina N. Oliveira</u> <u>Técnica em Enfermagem</u> <u>COREN/SP 251880</u>	Hora Saída	Vista Destino Hora <u>01:40</u>

Neurológica Lúcido Orientado Consciente Confuso Comunicativo Não Verbaliza

Pupilas Isocóricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnélico Taquipneico Bradipneico Dispneico Apneia

Circulatório Normocárdico Tarquicardico Bradicardico Filiforme

Abdomem Plano Globoso Protuberante Escavado Flácido Em Avental Gravidico

Membros Superior Alterados Não Alterados Membros Inferiores Alterados Não Alterados

Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
<u>00:40</u>	<u>120x90</u>	<u>81</u>	<u>19</u>	<u>15</u>	<u>36.6</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 Incomprêencivas 2
- Nenhuma 1

Resposta Motora

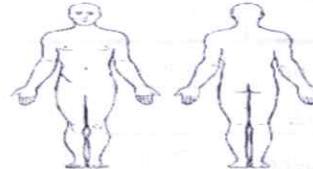
- Obdece comandos 6
- Localiza Dor 5
- Movimentos de retardia 4
- Flexão Anormal 3
- Extensão Anormal 2
- Nenhuma

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									

AUD
MS(D)
J=20



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

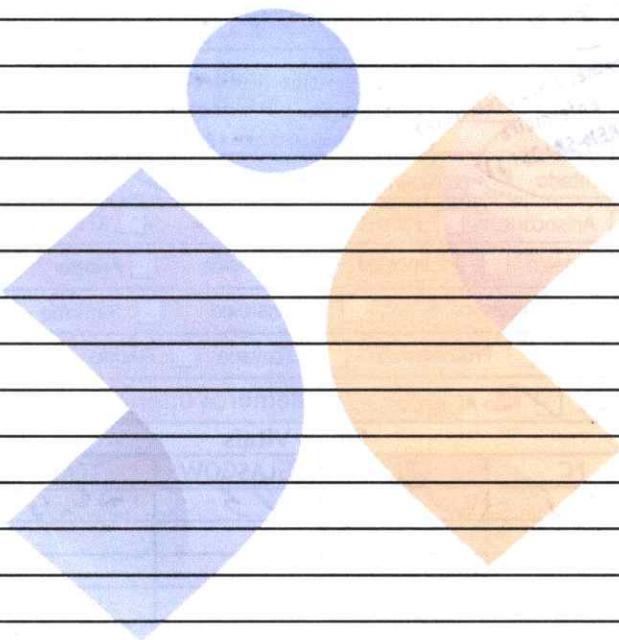
Nome	assinatura
RG/CPF	

Observações Médicas / Enfermeiros

00:40h = Chego ao hospital de origem paciente encontra-se em poltrona, consciente, orientado, comunicativa, calma, eupreca, normocárdica, mantendo em A.A. A.U.P em M.S(D) T=20 Sabatinizado.

00:44h = Orientado paciente em moça e conduzida à ambulância.

01:06h = Chego ao hospital de origem, transfio paciente para Cuidado do Equipe Unimed Cofersa.



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

Médico Responsável

Data _____/_____/_____

Enfermagem Responsável

Aline C.M.
Data 01/04/25

Condutor Socorrista

Paulo P. Pina
Data 01/04/25