

Ficha de Acompanhamento

| | | | | | | | |
|---------------------------------|---|--|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <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 type="checkbox"/> EXAMES | <input checked="" type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR | <input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR | <input type="checkbox"/> RX | <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 TOT / TQM US RMN T. C. HIPER. Outros

EMPRESA *P. ARROZET* Solicitante *SORRIA* Data *9.03.73*

Origem: *H. Henrique Geffom x S.C. Cruzado* x

Nome: *Paulo Correia da Silva* Idade *60* Contato:

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

| Saída Base | Origem | Destino | Destino | Chegada Base |
|---------------|---------------------------|---------------------------|---------------|---------------|
| km | km <i>135480</i> | km <i>135552</i> | km | km |
| <i>135335</i> | Hora Chegada <i>16:40</i> | Hora Chegada <i>18:31</i> | Hora Chegada | <i>135631</i> |
| Hora | Hora Saída <i>17:38</i> | Hora Saída <i>19:20</i> | Hora Saída | Hora |
| | Visto Origem <i>14:30</i> | Vista Destino | Vista Destino | <i>20:30</i> |

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado Inconsciente *17:04:10 3 mg/lb*

Pupilas Isocôricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnêico Taquicardia Braquicardia Apnéia Cheyne Stokes Biot Kussmaul

Circulatório Pulso normocadiaco Ritímico Arritmico Dicrotico Taquisfmgia Brasismgia Filiforme

Abdomem Plano Globoso Protuberante Escavado Flácido Em Avental

Membros Superior Alterados Não Alterados Membros Superior Alterados Não Alterados

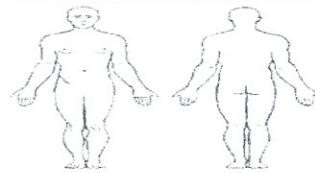
Sinais Vitais

| HORA | PA | FC | FR | GLASGOW | TEMP | Sat O2 | Hgt |
|--------------|----------------|-----------|-----------|-----------|-------------|------------|-----|
| <i>16:51</i> | <i>191X110</i> | <i>75</i> | <i>20</i> | <i>15</i> | <i>36.3</i> | <i>100</i> | |
| | | | | | | | |

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



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 | assinatura |
| RG/CPF | |

Observações Médicas / Enfermeiros

17.18 paciente consciente eupneico AF, gengiva ligeiramente avermelhada, sem marca de traumas, acompanhado pela irmã, encaminhado para o hospital de Cruzeiro. paciente com quadro de hipertensão ligeira uso de diurético, segue bem intencionalmente o momento.

18.31 chegou em Santa Casa de Cruzeiro paciente calmo eupneico AF com náuseas, ouvidos, marteladas AVP em 4.5E, trastorno PA 187 X 111 mmHg, P 97, BPR 71 resp. de encaminhado para os cuidados da enfermagem da Santa Casa de Cruzeiro no momento.

Saída de São José em direção a Resende x Carreiros
sem qualquer intencionalidade.

*afz
07/03/23*

Materiais Utilizados

| | | | | |
|----------|--------------|---|----------------------|--|
| 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

afz

07/03/23

Enfermagem Responsável

Data

Lauriana

07/03/23

Condutor Socorrista

Data

/ /