

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

798

☒ BÁSICA ☐ UTI ADULTO ☐ UTI INFANTIL ☐ UTI NEO ☐ UTI ÁREA ☐ EVENTOS ☐ PARTICULAR ☐ APH
☐ EXAMES ☒ TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR ☐ ALTA HOSPITALAR ☐ INTERNAÇÃO ☐ SIV - INT

Tipos de Exames ☐ CATE ☐ TOMO ☐ RX ☐ CPRS ☐ PET SCAM ☐ T. C. HIPER. **Outros**
☐ GTT ☐ TQT/TQM ☐ US ☐ RMN

CLIENTE Cassi **Solicitante** Central de Urgência **Data** 04.05.25

Origem: Sociedade Beneficente São Camilo x 5ª Base de S.C.

Nome: Reginaldo Lobo **Idade** 83 **Contato:** _____

SEXO ☒ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO Be Saúde **Nº CARTEIRINHA** 8.506.100-x 00 0343

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 79269.	km 79321	km 76405	km	km
	Hora Chegada 16:36	Hora Chegada 18:20	Hora Chegada	
	Hora Saída 17:00	Hora Saída 18:47	Hora Saída	
Hora 15:25	Visto Origem <u>Enfermeira</u> COREN-SP 539708 <u>Quorah</u>	Visto Destino <u>Viviane F. dos S. Lopes</u> Enfermeira COREN-SP 837827	Visto Destino	Hora

Neurológica ☒ Lúcido ☐ Orientado ☐ consciente ☐ Confuso ☐ Comunicativo ☐ Não Verbaliza

Pupilas ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Midriática ☐ Miotica ☐ D ou E ☐ É Maior

Respiratória ☒ Eupnéico ☐ Taquipnéico ☐ Bradipnéico ☐ Dispneico ☐ Apneia

Circulatório ☒ Normocárdico ☐ Taquicárdico ☐ Bradicárdico ☐ 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
16:10				15			

Abertura ocular

☒ Espontânea 4
☐ voz 3
☐ A dor 2
☐ Nenhuma 1

Resposta Verbal

☒ Orientada 5
☐ Confusa 4
☐ Palavras Improórias 3
☐ Palavras Incompreensivas 2
☐ Nenhuma 1

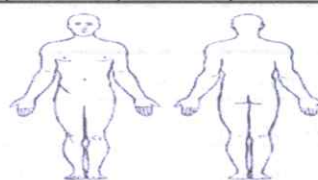
Resposta Motora

☒ Obedece 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 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 Edilma **assinatura** Edilma
RG/CPF 19920556882

Observações Médicas / Enfermeiros

16:40 Recebo Sr. Reginaldo Oliveira de 83 anos.
 cl HD: Amarelo ale 24:15. Exponção em AA
 e o AVP realizado por M.S.O. de ambulância em casa. Le
 hospitalização em nível de enfermaria e a companhia
 dos familiares e cuidadores.
 17:00 Paciente remanejado para chegada ao destino 18:20.
 18:30. Passa o plano de enfermagem. Utiliza
 junto a enfermagem e caixa de medicamentos.
 Responde a anamnese.

Eliane de Souza
 Enfermeira
 Coren/SP 183978

Eliane de Souza
 Enfermeira
 Coren/SP 183978

Materiais Utilizados

REALVIDAS

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

Enfermagem Responsável

Data

Condutor Socorrista

Data