

Ficha de Acompanhamento

105

VTR

318

<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"/> 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 AC2 Remoções				Solicitante		Data 02/04/25				
Origem: Policlinic				H. Vilela						
Nome: Patrícia Lacerda				Idade 85a		Contato:				
Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino				<input checked="" type="checkbox"/> Feminino						
SUS / CONVENIO Sul America				Nº CARTEIRINHA 0900102547910013						
Saída Base		Origem	Destino	Destino	Chegada Base					
km 175965		km 175985	km 176032	km	km 176099					
Hora Chegada 20:45		Hora Chegada 21:45	Hora Chegada 21:45	Hora Chegada						
Hora 20:15W		Hora Saída 21:09	Hora Saída 22:10a	Hora Saída						
Vista Origem Porto Velho - Rondônia		Vista Destino	Vista Destino	Vista Destino	Hora 23:11					
COREN-SP: 765385		Fábio L. Redade								
Neurológica <input type="checkbox"/> Lúcido <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Comunicativo <input type="checkbox"/> Não Verbaliza Pupilas <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Eupnélico <input type="checkbox"/> Taquipneico <input type="checkbox"/> Bradipneico <input type="checkbox"/> Dispneico <input type="checkbox"/> Apneia Circulatório <input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Tarquicardico <input type="checkbox"/> Bradicardico <input type="checkbox"/> Filiforme Abdomem <input checked="" type="checkbox"/> Plano <input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Protuberante <input type="checkbox"/> Escavado <input checked="" type="checkbox"/> Flácido <input type="checkbox"/> Em Avental <input type="checkbox"/> Gravidico Membros Superior <input type="checkbox"/> Alterados <input checked="" type="checkbox"/> Não Alterados Membros Inferiores <input type="checkbox"/> Alterados <input checked="" type="checkbox"/> Não Alterados										
Sinais Vitais										
HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt			
21:10	90x55	108	19	15	37,4°	100%	103			
Abertura ocular <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4 <input type="checkbox"/> voz 3 <input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1		Resposta Verbal <input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5 <input type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3 <input type="checkbox"/> Palavras Incompréhencivas 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1			Resposta Motora <input checked="" 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										
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 _____ assinatura _____ RG/CPF _____										

Observações Médicas / Enfermeiros

UTI 249

21:09 Paciente admitido na ambulância acomodada em maca para transporte de transfusão inter hospitalar. Apresenta EG:15 pouco comunicativa, pouco responsiva, mantendo AEP em M5G. Soluçando, PIFR eupneica em AA, hipocorada, acompanhada pelo neto.

21:45 Paciente acomodada em leito de UTI.

box 249 passo plantar para enfermeiro Fabio mantendo 1 KG:15, eupneia em AA.

Helena Rezende Barbosa
COREN-SP 700406
Enfermeira

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		
<i>Juarez</i>		
Data	/	/

Enfermagem Responsável		
Data	/	/

Condutor Socorrista		
<i>Yan</i>		
Data	/	/