

# Ficha de Acompanhamento

OS

VTR 318

<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 type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR		<input checked="" 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	Outros
	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TOT/TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.	

CLIENTE Ronaldo Lemos Costa Solicitante Regulação Data 04-04-29

Origem: Hosp. Policlínico São José Barreiro x ambulância Sidney 160-550

Nome: Manoela Alves da Silveira Idade \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_

Sexo  Masculino

Feminino

## SUS / CONVENIO

## Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>176099</u>	km <u>176162</u>	km <u>176163</u>	km	km <u>176235</u>
Hora <u>08:40</u>	Hora Chegada <u>10:00</u>	Hora Chegada <u>10:34</u>	Hora Chegada	Hora <u>13:40</u>

Neurológica  Lúcido  Orientado  consciente  Confuso  Comunicativo  Não Verbaliza

Pupilas  Isocôricas  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>10:30</u>				<u>12</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									



## 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, é dos eventuais riscos que envolvam a viagem que será realizada

Nome

RG/CPF

assinatura

## Observações Médicas / Enfermeiros

John Recko, Sm. 16º Auxiliar de Enfermagem Pessoal  
 veio para acamada c/ TCO: 52, suposição, considerado  
 hidrocefalo e SNT em evolução. O paciente chegou  
 com Dr. Décio Holland c/ URGSS apresentando hemorragia -  
 sangue gasto no abdômen. *Eliane de Souza  
Enfermeira  
Cored/SP 183978*  
 c/ derrame no estomago.  
 Paciente acompanhado do esposo.  
 10:28 após acopagodar paciente vai para a sala de  
 resuscitação e é intubado.  
 10:37 paciente chega ao dílido e pacem resi-  
 dência c/ extubação produzida p/ Socorrismo.  
 11:11 - Saída do dílido. SI magia.  
 12:21 - Fins de vida da paciente.  
*Eliane de Souza  
Enfermeira  
Cored/SP 183978*

## Materiais Utilizados

# REAL VIDAS

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		
<i>[Assinatura]</i>		
Data	/	/

Enfermagem Responsável			
<i>Eliane de Souza Enfermeira Cored/SP 183978</i>			
Data	04	/	25

Condutor Socorrista			
<i>Luis Fernando</i>			
Data	04	/	25