

# Ficha de Acompanhamento

OS

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 type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA 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	<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 CASSI Solicitante Henrique Data 05/09/24

Origem: H. Policlin Taubaté H. Policlin São José

Nome: João Silvana de Biasi Idade 85 Contato:

Sexo  Masculino

Feminino

SUS / CONVENIO CASSI

Nº CARTEIRINHA 030 00050055200004

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>160429</u>	km <u>160470</u>	km	km
<u>160450</u>	Hora Chegada <u>18:12</u>	Hora Chegada <u>19:15</u>	Hora Chegada	<u>160533</u>
Hora	Hora Saída <u>18:35</u>	Hora Saída <u>19:30</u>	Hora Saída	Hora
<u>17:45</u>	Visto Origem <u>Enfermeiro Camila França COREN-SP 7017</u>	Vista Destino <u>Larissa Conceição de Mendes COREN-SP 10805 - ENF</u>	Vista Destino	<u>20:30</u>

Neurológica  Lúcido  Orientado  Conciente  Desorientado  Inconsciente

Pupilas  Isocóricas  Anisocorica  Midriátrica  Miotica  D ou E  É Maior

Respiratória  Eupnéico  Taquicardia  Braquicardia  Apnéia  Cheyne Stokes  Biot  Kussmaul

Circulatório  Pulso normocadiaco  Ritimico  Arritmico  Dicrotico  Taquisfmgia  Brasisfmgia  Filiforme

Abdomem  Plano  Globoso  Protuberante  Escavado  Flácido  Em Avental

Membros Superior  Alterados  Não Alterados Membros Inferiores  Alterados  Não Alterados

## Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
<u>18:38</u>	<u>100x60</u>	<u>80</u>	<u>24</u>	<u>19</u>	<u>36°</u>	<u>96</u>	<u>-</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

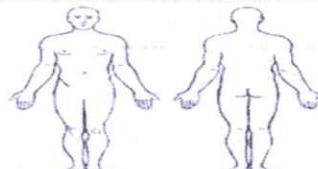
### Resposta Motora

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

TRAUMA	Description	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 Daniela Silvana da Silveira  
RG/CPF 36.678.951-4

assinatura Daniela Silvana da Silveira

## Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente: 85 anos, HAS, DPOC, e cardíaco, com dispneia intusa e desaturação, foi住院 no Hospital Policlínico de São Paulo (HSP) devido a instabilidade hemodinâmica. O paciente é portador de VTE. Remoção ± 2hs sem intencionalidade.

Enfermeira:  
Camila Fratti  
COREN-SP 701776

Remoção ± 2hs sem intencionalidade

*Assinatura*  
00049494

### 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**

*[Assinatura]*

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Enfermagem Responsável**

*Elisângela de Lima Faria*  
Enfermeira  
COREN-SP: 601.977

Data: 01/09/24

**Condutor Socorrista**

*[Assinatura]*

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_