

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR 798.

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

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

EMPRESA Particular Solicitante Galicia Nunes Data 31/12/24

Origem: Hosp. Cepax x Residência x

Nome: Tereza Maria de S. A. Nunes Idade 75 Contato: _____
 Sexo ☐ Masculino ☒ Feminino

SUS / CONVENIO Nº CARTEIRINHA

| Saída Base | Origem | Destino | Destino | Chegada Base |
|--------------------|---|---------------------------|---------------|--------------------|
| km | km <u>62557</u> | km <u>62565</u> | km | km <u>62595</u> |
| | Hora Chegada <u>16:12h</u> | Hora Chegada <u>16:38</u> | Hora Chegada | |
| | Hora Saída <u>16:30h</u> | Hora Saída <u>16:53h</u> | Hora Saída | |
| Hora <u>16:12h</u> | Visto Origem <u>Edna Benedita Gomes</u> <u>COREM-SP 1618168-TE</u> | Visto Destino <u>Guas</u> | Visto Destino | Hora <u>17:25h</u> |

Neurológica ☒ Lúcido ☐ Orientado ☐ Conciente ☐ Desorientado ☐ Inconsciente
Pupilas ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Midriática ☐ Miotica ☐ D ou E ☐ É Maior
Respiratória ☒ Eupnéico ☐ Taquicardia ☐ Braquicardia ☐ Apnéia ☐ Cheyne Stokes ☐ Biot ☐ Kussmaul
Circulatório ☒ Pulso normocadiaco ☐ Ritímico ☐ 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 |
|------|----|----|----|---------|------|--------|-----|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Abertura ocular
☐ Espontânea 4
☐ voz 3
☐ A dor 2
☐ Nenhuma 1

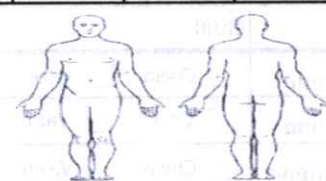
Resposta Verbal
☐ Orientada 5
☐ Confusa 4
☐ Palavras Improórias 3
☐ Palavras Incomprêncivas 2
☐ Nenhuma 1

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

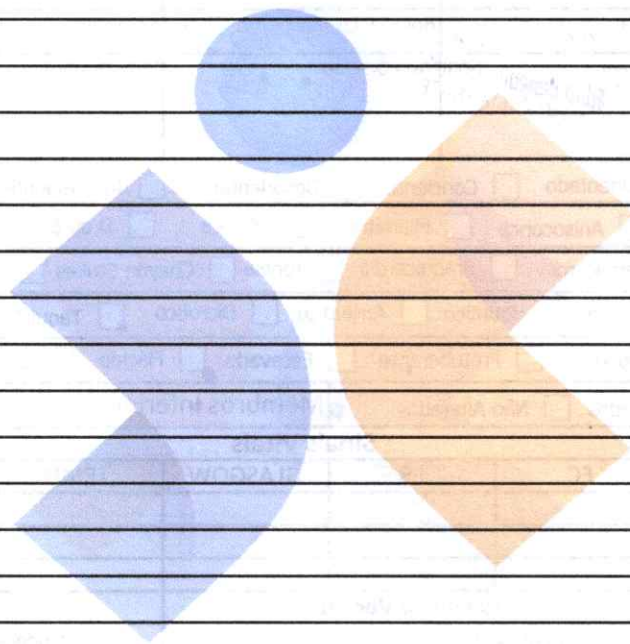
Declaro que fui orientado pela equipe da ambulancia e médicos verbalmente sobre o quadro clínico do paciente.
 Estou ciente e orientado do quadro clínico do paciente para transporte e dos riscos envolvidos no transporte, podendo o paciente apresentar quadro clínico de instabilidade durante o percurso.
 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

Paciente transferido do Hosp. Cepax para a Residência, acamado, com demência. Manter uso de fralda em ambiente.

Luciene Aparecida dos Santos Cardoso Ackel
COREN-SP-279878-ENF



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

Data

Enfermagem Responsável

Luciene Aparecida dos Santos Cardoso Ackel
COREN-SP-279878-ENF

Data

31/12/24

Condutor Socorrista

Data

31/12/24