

Ficha de Acompanhamento

<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"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT	<input type="checkbox"/>

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

EMPRESA CASSI Solicitante C. Oliveira Data 30.10.23

Origem: S.C.CALIDATE ITAMONT x N. UNIMED V. REFORMA

Nome: José Ruberto F. Neto Idade _____ Contato: _____

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO CASSI P

Nº CARTEIRINHA 158188000F610090

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>102161</u>	km <u>142287</u>	km <u>142474</u>	km
<u>142027</u>	Hora Chegada <u>02:35</u>	Hora Chegada <u>05:25</u>	Hora Chegada <u>09:20</u>	
Hora	Hora Saída <u>03.15</u>	Hora Saída <u>05:55</u>	Hora Saída	Hora
	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	
	<u>03:15</u>			

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado Inconsciente

Pupilas Isocôricas Anisocôrica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnéico Taquicardia Braquicardia Apnéia Cheyne Stokes Biot Kussmaul

Circulatório Pulso normocadiaco Ritímico Arritmico Dicrotico Taquisfmgia Brasisfmgia Filiforme

Abdômen 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>03:15</u>		<u>106</u>	<u>26</u>	<u>15</u>		<u>96%</u>	
<u>05:25</u>		<u>102</u>	<u>26</u>	<u>15</u>		<u>95%</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

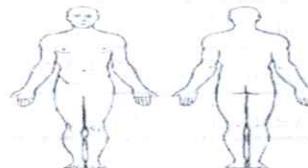
Resposta Motora

- 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 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 com oncocercose palpebral, hepatopatia e lepsi. Transferido de Itaberaí para Rio Claro. Reforçado. Ser interconsultado.

Dr. Sérgio L. Gussen dos Santos
MÉDICO
CRM: 45530

Admitido cliente norte vj, mal acompanhado pelo Dr. Sergio Gussen dos Santos (Socorro), levava medicamento, pcp 100g (1), hipotônico, sif 10ml e 20ml, oxigênio grande, calmo, mantendo paciente de Os de Sustento, apesar de pequeno (2) mantendo intensidade de oxigênio "Hospital Santa Casa de Cidade de Itaberaí", sub com dificuldade óculos foram presentes, reagindo temporariamente à lente para "Hospital Regional de Vila Velha" mantendo mal, sem intervenção.

Materiais Utilizados

REAL VIDAS

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

ANA. d'ERA.

Data _____

Condutor Socorrista

Data _____