

Ficha de Acompanhamento

05

VTR

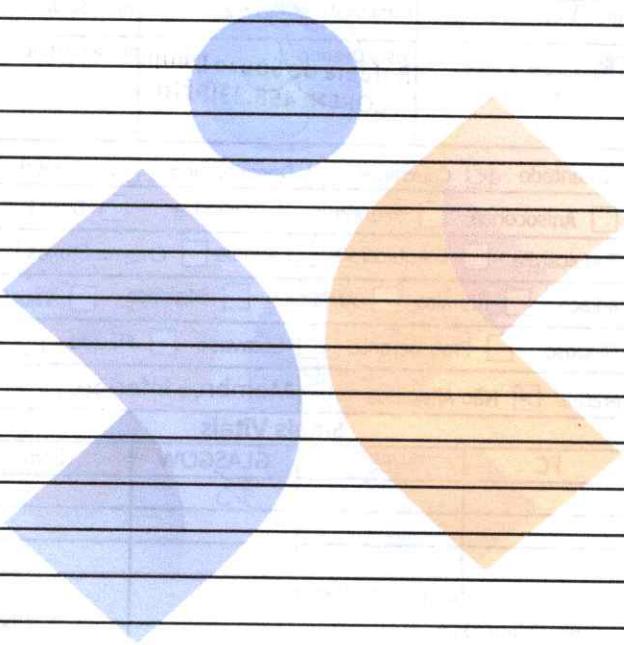
318

<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 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	Solicitante				Data 08.01.25					
Origem: Hop. São de São José x Hop. Vila Velha x										
Nome: Juliana Góes de Araújo		Idade 78		Contato:						
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino										
SUS / CONVENIO	Nº CARTEIRINHA 303295020700									
Saída Base CABESP		Origem	Destino	Destino	Chegada Base					
km 170301	km 170367	km	km							
Hora Chegada 14:00	Hora Chegada 15:30	Hora Chegada								
Hora Saída 14:24	Hora Saída 15:45	Hora Saída								
Visto Origem Giovani da Silva Amorim de Azevedo COREN-SP 058.358-AE	Vista Destino Rafaela de Souza Deih COREN: 458.330-ENF	Vista Destino								
Horas 14:00					Hora					
Neurológica <input checked="" type="checkbox"/> Lúcido <input type="checkbox"/> Orientado <input checked="" type="checkbox"/> Conciente <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Inconsciente										
Pupilas <input checked="" type="checkbox"/> Isocônicas <input type="checkbox"/> Anisocôrica <input type="checkbox"/> Midriátrica <input type="checkbox"/> Miotica <input type="checkbox"/> D ou E <input type="checkbox"/> É Maior										
Respiratória <input checked="" type="checkbox"/> Eupnéico <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Braquicardia <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Cheyne Stokes <input type="checkbox"/> Biot <input type="checkbox"/> Kussmaul										
Circulatório <input checked="" type="checkbox"/> Pulso normocadiaco <input type="checkbox"/> Ritímico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Dicrotico <input type="checkbox"/> Taquifgmia <input type="checkbox"/> Brasisfgmia <input type="checkbox"/> Filiforme										
Abdomem <input type="checkbox"/> Plano <input checked="" type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Protuberante <input type="checkbox"/> Escavado <input type="checkbox"/> Flácido <input type="checkbox"/> Em Avental										
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			
15:00				15						
Abertura ocular		Resposta Verbal				Resposta Motora				
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4 <input type="checkbox"/> voz 3 <input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5 <input type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3 <input type="checkbox"/> Palavras Incomprêencivas 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1					<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/CPE _____										

Observações Médicas / Enfermeiros

14:24 h - Paciente transportado do Hop. 50 julho Pinda para o Hospital Viradouro para realizar exame de tomografia e intubação, acompanhado pelo doméstico, em ótimo ambiente, clínica orientada, mantém AVP��alizado e tem sonda flogística na fossa orbital e queiro de dor nos costos.

Luciene Aparecida dos Santos Cardoso Achel
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 - Pegueno	<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 Achel
COREN-SP-279878-ENF

Data 09/04/25

Condutor Socorrista

Data ____ / ____ / ____