

Ficha de Acompanhamento

OS

☐ BÁSICA ☒ UTI ADULTO ☐ UTI INFANTIL ☐ UTI NEO ☐ UTI ÁREA ☐ EVENTOS ☐ PARTICULAR ☐ APH
☐ EXAMES ☐ TRANSFERÊNCIA 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 P. Rosário Solicitante NIE Data 04.05.24

Origem: UPA GUARÁ x H.R.V.P. ITE x

Nome: José Francisco Lardone Idade 67 Contato: (12) 99639-0122

Sexo ☒ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO NI Nº CARTEIRINHA NI

| Saída Base | Origem | Destino | Destino | Chegada Base |
|---------------|--|---|---------------------------|--------------|
| km | km <u>41215</u> | km <u>41788</u> | km <u>41808</u> | km |
| <u>91.677</u> | Hora Chegada <u>13:32</u> | Hora Chegada <u>14:10</u> | Hora Chegada <u>16:42</u> | |
| Hora | Hora Saída <u>14:42</u> | Hora Saída <u>16:05</u> | Hora Saída | Hora |
| <u>12:44</u> | Visto <u>Origem</u> Rua Fernão de Oliveira COPEN-SP 755103-ENF | Visto <u>Destino</u> Rua Ap. B.1 COPEN-SP 12547-7 | Visto <u>Destino</u> | |

Neurológica ☐ Lúcido ☐ Orientado ☒ Conciente ☒ Desorientado ☐ Inconsciente

Pupilas ☒ Isocóricas ☐ Anisocórica ☐ Midriática ☐ Miotica ☐ D ou E ☐ É Maior

Respiratória ☒ Eupnéico ☐ Taquicardia ☐ Braquicardia ☐ Apnéia ☐ Cheyne Stokes ☐ Biot ☐ Kussmaul

Circulatório ☒ Pulso normocardiaco ☐ 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>14:00</u> | <u>130/80</u> | <u>89</u> | <u>15</u> | <u>14</u> | <u>36.5</u> | <u>98%</u> | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Abertura ocular

- ☒ Espontânea 4
☐ voz 3
☐ A dor 2
☐ Nenhuma 1

Resposta Verbal

- ☐ Orientada 5
☒ Confusa 4
☐ Palavras Improórias 3
☐ Palavras Incompreensivas 2
☐ Nenhuma 1

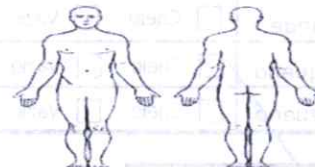
Resposta Motora

- ☒ Obedece 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 Vagner P. Cardoso
 RG/CPF 30973905850

assinatura [Assinatura]

Observações Médicas / Enfermeiros

Realizado transferência de UPA de Juazeiro-
 para Regional de Tamboré 21/05/2024
 21 Supla por 07 dias com entrada no 01 dia no
 UPA ci ~~Intensa~~ Intensa, falta de 02 exames. Foi
 pedido transferência para 02 exames me - 55VV Estável
 5 - Intensa: Neq. Ilúgia, D. B. DM, Hiperten-
 são.

669.657

No lugar no Hospital Regional e no setor emon-
 tra de um médico e enfermeiro, tendo assim
 que quando no setor por conter somente técnica
 de Enfermeiro

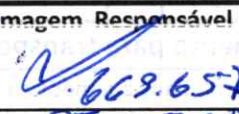
669.657

Materiais Utilizados

REALVIDAS

| | | | | | | |
|----------|--------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------------------|--|
| 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 | 04/05/24 |

| | |
|------------------------|---|
| Enfermagem Responsável |  |
| Data | 04/05/24 |

| | |
|---------------------|---|
| Condutor Socorrista |  |
| Data | ___/___/___ |