

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 checked="" type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/>	<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 H. Ceib's. Solicitante C. Vargas. Data 06.08.24

Origem: Santa Rita Cunha x H. Ceib's. x

Nome: Jose Venceslau de Oliveira Corrêa Idade 81 Contato:

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO Unimed Guará.

Nº CARTEIRINHA 002005190000001090

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>158876</u>	km <u>158926</u>	km <u>158963</u>	km
<u>158752</u>	Hora Chegada <u>20:50</u>	Hora Chegada <u>21:51</u>	Hora Chegada <u>22:50</u>	
Hora	Hora Saída <u>21:00</u>	Hora Saída <u>22:10</u>	Hora Saída	Hora <u>22:50</u>
<u>18:51</u>	Visto Origem <u>José Maria M. de Oliveira</u> <u>Enfermeira</u> <u>COREN-SP: 518.652</u>	Vista Destino <u>CORON-SANTOS</u> <u>Centro de Saúde Coronel Santos</u>	Vista Destino	

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado Inconsciente

Pupilas Isocôricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnético 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>21:00</u>		<u>79</u>				<u>97</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

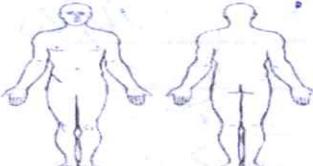
Resposta Motora

- 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 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 Jose Venceslau O. Carvalho Jr.

assinatura

RG/CPF 18730895

Observações Médicas / Enfermeiros

Posiciono paciente em ambulância, parâmetros estáveis, oxímetro nasal de 0L a 3L/min, AVP em MSE infundindo SF 0,9% em moço, sem intenções medicais no trajeto.

Materiais Utilizados

REAL VIDAS

Pedagios	X	Qual	Refeição / Lanche	Sim	Não
Oxigênio	01 - Grande	<input checked="" type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou		
	02 - Grande	<input checked="" type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	0.20 Bar.	
	03 - Pequeno	<input checked="" 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

[Signature]

Data: _____ / _____ / _____

Enfermagem Responsável

[Signature]
Ana Júlia de Souza Ribeiro
Enfermeira
CORPOAN SP 260299

Data: 06/08/2018

Condutor Socorrista

[Signature]

Data: _____ / _____ / _____