

# 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 type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT

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

EMPRESA *Fundo Municipal de Saúde* Solicitante *NIR* Data *17-01-25*

Origem: *St. Casa Opacidade x St. Casa de Guara x St. Casa Opacidade*

Nome: *Thomas Patrick Mozzato* Idade *21* Contato:

Sexo  Masculino  Feminino

SUS / CONVENIO *NA*

## Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <i>170 628</i>	km <i>170663</i>	km <i>170669</i>	km <i>170678</i>	km <i>170709</i>
	Hora Chegada <i>08:05</i>	Hora Chegada <i>08:28</i>	Hora Chegada <i>11:00</i>	
	Hora Saida <i>08:20</i>	Hora Saida <i>10:52</i>	Hora Saida <i>11:13</i>	
Hora <i>07:25</i>	Visto Origem <i>Aparecida de Fátima Oliveira Dos Reis</i> <i>Enfermeira</i> <i>COREN-SP 362011</i>	Vista Destino <i>* Apaídua</i> <i>362011</i>	Vista Destino <i>* Apaídua</i> <i>362011</i>	Hora <i>11:55</i>

Neurológica  Lúcido  Orientado  Conciente  Desorientado  Inconsciente

Pupilas  Isocóricas  Anisocorica  Midriátrica  Miotica  D ou E  É Maior

Respiratória  Eupnáico  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
<i>08:00</i>	<i>117x70</i>	<i>82</i>	<i>16</i>	<i>15</i>	<i>35.7</i>	<i>99%</i>	

TRAUMA	Descrição	Resposta Verbal					Resposta Motora				
		<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
	Escoriação										
	Cont										
	Ferim										
	Luxa										
	Frat										
	Lace										
	Secç										

TRAUMA	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 *Rafael Sernadas Alves Gomes* assinatura  
 RG/CPF *025-01-035 975-831-27* Rafael Sernadas Gomes

# Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente encontra-se B6G, LORE, eupneico, em AA, SAT 99%. Mantendo APV em FC Ondulado, sem sinal de flogos, está em jejum + preparo para realização da endoscopia, apresentando diminuição clínica e exa-  
nemidual. HD colitária + colite? Encaminhado para Sta Casa de Guia para realização do exame, acompanhado pela Dr-  
Márcia Celia, acompanhante Rafael, condutor Rodrigo e Enf: Camila.  
Retornou para a origem, com nenhuma intercorrência no trajeto.

Cassia Jane de Toledo  
COREN - SP 514223 - ENF

## Materiais Utilizados

Transporte

M - 08:05 / 11:13

REAL VIDAS

Pedágios		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	Dra. Maria Celina
Médica	CRM 264912/SP
Data	17/01/25

Enfermagem Responsável	Cassia Jane de Toledo
	COREN - SP 514223 - ENF
Data	17/01/25

Condutor Socorrista	Rodrigo L
Data	17/01/25