

Ficha de Acompanhamento

OS

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 type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR		<input checked="" 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

CLIENTE Hcc Solicitante Data 09.01.25.Origem: Unimed Guaratinguetá x São Roque Até km 160 CruzeiroNome: Washington Souza Barreto Idade 61 Contato:Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>176289</u>	km <u>176313</u>	km <u>176310</u>	km <u>176387</u>	km
	Hora Chegada <u>17:23</u>	Hora Chegada <u>17:53</u>	Hora Chegada <u>18:50</u>	

Hora <u>16:30</u>	Hora Saída <u>17:11</u>	Hora Saída <u>18:01</u>	Hora Saída
Visto Origem <u>Cláudia Alves Balieiro</u>	Vista Destino <u>Jones</u>	Vista Destino	Hora

Neurológica Lúcido Orientado consciente Confuso Comunicativo Não VerbalizaPupilas Isocóricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É MaiorRespiratória Eupnélico Taquipneico Bradipneico Dispneico ApneiaCirculatório Normocárdico Tarquicardico Bradicardico FiliformeAbdomem Plano Globoso Protuberante Escavado Flácido Em Avental GravidicoMembros Superior Alterados Não Alterados Membros Inferiores Alterados Não Alterados

Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
<u>17:11</u>				<u>12</u>			

Abertura ocular

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

Resposta Verbal

- Orientada 5
- Confusa 4
- Palavras Impróprias 3
- Palavras Incomprêencivas 2
- Nenhuma 1

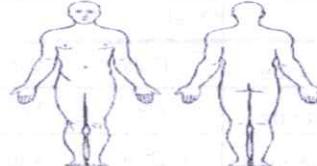
Resposta Motora

- 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 AngélicaRG/CPF 4012 874 606 - 15

assinatura

Domes

Observações Médicas / Enfermeiros

11:23 Recebo Sr. Washington Souza Gomes 67a
 acamado seguido de Afc q/ Sp e febre da
 sua maria B acompanhada ob filha
 12:41 - Início remoção el chegada a depo-
 sência de FGZ. II imediatamente
 18:01 Termination da remoção do paciente.
 PI deve.

21/08/2018
 Atendeu SP/SP
 Atendeu de Sossego

Atendeu SP/SP
 Atendeu de Sossego

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 ____ / ____ / ____

Enfermeiro Responsável

Data 04 / 08 / 23

Condutor Socorrista

Data ____ / ____ / ____