

Ficha de Acompanhamento

OS
Operação
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 P.W. ABAP **Solicitante** NIR **Data** 06.02.23

Origem: S.C.CROZERIO **x** H.R.U.P.TAUBATE **x**

Nome: CLAUDIO SOARES **Idade** 55 **Contato:**

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO SUS

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>172350</u>	km <u>172440</u>	km	km
	Hora Chegada <u>10:40</u>	Hora Chegada <u>12:20</u>	Hora Chegada	
	Hora Saída <u>10:45</u>	Hora Saída <u>12:31</u>	Hora Saída	
Hora	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	Hora
	<u>Amanda Cristipapa da Silva Ribeiro</u> <u>COREN SP 102029-ENP</u>	<u>Lentorom</u>		

Neurológica Lúcido Orientado consciente Confuso Comunicativo Não Verbaliza

Pupilas Isocóricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnéico Taquipneico Bradipneico Dispneico Apneia

Circulatório Normocárdico Tarquicardico Bradicardico Filiforme

Abdomem Plano Globoso Protuberante Escavado Flácido Em Avental Gravidico

Membros Superior Alterados Não Alterados **Membros Inferiores** Alterados Não Alterados

Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
<u>10:50</u>	<u>130x80</u>	<u>113</u>	<u>18</u>	<u>15</u>	<u>36.6</u>	<u>99%</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

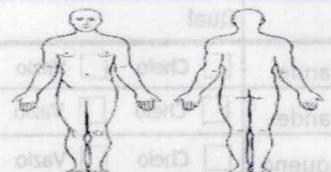
Resposta Motoria

- 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 Amanda H. Soares
RG/CPF 19182363817

assinatura

DR. H. Soares

Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente Transfórmico da Santa Casa de Caxias
zeiro p-HRVC (ambote) p-CAT

Dr. Sérgio L. Gussem dos Santos
MÉDICO
CRM: 45680

Nº CARTEIRINHA

Nome completo

Nome da mãe

Nome do pai

Nome do irmão

Nome da avó

Nome do pai

Nome da avó

Nome do irmão

Nome da avó

Materiais Utilizados

E - 09:35.

H.

Pedagios

Qual

Refeição / Lanche

Sim

Não

Oxigênio

01 - Grande

Cheio Vazio Em uso

Quantos Bar Utilizou

02 - Grande

Cheio Vazio Em uso

Quantos Bar Utilizou

03 - Pequeno

Cheio Vazio Em uso

Quantos Bar Utilizou

04 - Pequeno

Cheio Vazio Em uso

Quantos Bar Utilizou

Condutor Socorrista

Enfermagem Responsável

Onça Pessente

599986

Data

06/03/25

Médico Responsável

Dr. Sérgio L. Gussem dos Santos

MÉDICO

CRM: 45680

Data

06/03/25