

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 checked="" type="checkbox"/> EXAMES	<input type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR	<input checked="" 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	<input type="checkbox"/> CATE	<input type="checkbox"/> TOMO	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	<input type="checkbox"/> OUTROS
	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TOT /TOM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.	

EMPRESA A. CENE . Solicitante Julia Data 21-01-25

Origem: CEPOG x Residência x

Nome: Washington Souza Gomes Idade Contato:

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO

NJ

Nº CARTEIRINHA NF

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>170719</u>	km <u>170756</u>	km <u>170770</u>	km	km <u>170800</u>
	Hora Chegada <u>07:40</u>	Hora Chegada <u>08:15</u>	Hora Chegada	
Hora <u>07:05</u>	Hora Saida <u>08:00</u>	Hora Saida <u>08:25</u>	Hora Saida	
	Visto Origem <u>Bruno Ferrari Martins dos Santos</u> <u>COREN-SP - 182.203 - ENF</u>	Vista Destino <u>EAP</u>	Vista Destino	Hora

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado Inconsciente

Pupilas Isocôricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnélico Taquicardia Bradiacardia Apnéia Cheyne Stokes Biot Kussmaul

Circulatório Pulso normocadiaco Ritimico Arritmico Dicrotico Taquifgmia Brasisfgmia 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>110x60</u>	<u>65</u>	<u>16</u>	<u>12</u>	<u>35,6</u>	<u>99%</u>	

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motoria
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4	<input type="checkbox"/> Orientada 5	<input type="checkbox"/> Obdece comandos 6
<input type="checkbox"/> voz 3	<input checked="" type="checkbox"/> Confusa 4	<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5
<input type="checkbox"/> A dor 2	<input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3	<input checked="" type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Palavras Incomprêencivas 2	<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3
	<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2
		<input type="checkbox"/> 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 Renato M. Soares

assinatura R. Soares

RG/CPF 37835102665

Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente apresenta-se BEG, eupneico, em PA. Mantendo SNC em ND com ausculta positiva, mastigia + hemiplejia em MMS e MMII ainda presente por suspeita. Transportado para residência acompanhado pelos cuidadores e enfermagem sem nenhuma intervenção no trajeto.

Cassia Jane de Toledo
COREN-SP 514223-ENF

REAU VIDAS

Materiais Utilizados

Transporte

REAU 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	/ /

Enfermagem Responsável	
Cassia Jane de Toledo	
COREN - SP 514223 - ENF	
Data	21/01/25

Condutor Socorrista	
Data	/ /