

# Ficha de Acompanhamento

OS  
VTR 313

<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"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT	<input type="checkbox"/> RG/CPF

<b>Tipos de Exames</b>	<input type="checkbox"/> CATE	<input type="checkbox"/> TOMO	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> TQT/TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.	<b>Outros</b>
------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-----------------------------	----------------------------------	-----------------------------	------------------------------	---------------------------------------	---------------

EMPRESA FUNDO M. Saude. Solicitante NIR Data 07/12/28

Origem: PA Gravida x HR 55C x

Nome: Fábio Andrade GARNIER Idade 52 Contato: 12974106812

Sexo  Masculino  Feminino

## SUS / CONVENIO

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>166.942.</u>	km <u>167003</u>	km <u>167080</u>	km <u>167091</u>	km
Hora Chegada <u>13:00</u>	Hora Chegada <u>14:20</u>	Hora Chegada <u>14:40</u>	Hora Chegada	
Hora Saída <u>12:00</u>	Hora Saída <u>13:11</u>	Hora Saída <u>14:38</u>	Hora Saída	
Visto Origem <u>Rosângela Cristina da Mata</u> <u>ENFERMEIRA</u> <u>abre</u> <u>COREN-SP 829650</u>	Vista Destino <u>Eduardo Seca</u> <u>292871</u>	Vista Destino	Vista Destino	Hora

Neurológica  Lúcido  Orientado  Conciente  Desorientado  Inconsciente

Pupilas  Isocóricas  Anisocorica  Midriátrica  Miotica  D ou E  É Maior

Respiratória  Eupnélico  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
<u>13:10</u>	<u>120x80</u>	<u>56</u>	<u>16</u>	<u>15</u>	<u>36.3</u>	<u>98%</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

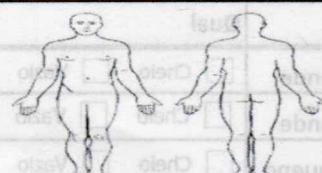
## Resposta Motoria

- 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 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 Marlene Bopir Martins

assinatura M. Martins

RG/CPF 300 071 87805

# Observações Médicas / Enfermeiros

Recebo paciente BEG, LOR, CHAA. Mantendo AVP sedado  
em FCD com níveis fisiológicos, HD IAM AIE HAS, nega DN,  
está em acompanhamento cl Nefrologista em Roura  
transferido p/ HRSJC em ambulância de UTI, acom-  
panhado pelo Dr. Bril, pela esposa, cond. Wesley e enfer-  
meiro Cássia, sem nenhuma intercorrência no trajeto.

Cassia Jane de Toledo  
COREN - SP 514223 - ENF  
*[Signature]*

## 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**  
*[Signature]*  
Data 07/12/24

**Enfermagem Responsável**  
Cassia Jane de Toledo  
COREN - SP 514223 - ENF  
Data 07/12/24

**Condutor Socorrista**  
*[Signature]*  
Data 07/12/24