

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

<input type="checkbox"/> BÁSICA	<input type="checkbox"/> UTI ADULTO	<input type="checkbox"/> UTI INFANTIL	<input type="checkbox"/> UTI NEO	<input type="checkbox"/> UTI ÁREA	<input checked="" 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"/> 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/TOM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.	Outros

EMPRESA ROLAND Solicitante GUSTAVO Data 6/7/24

Origem: ESTADIO TAUBATE x

Nome: Araujo Rayane Santos Idade 17 Contato: 992190486

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO J Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>135302</u>	km <u>135310</u>	km	km
<u>135274</u>	Hora Chegada <u>8:10</u>	Hora Chegada	Hora Chegada	<u>135338</u>
Hora	Hora Saída	Hora Saída	Hora Saída	Hora
	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	
		<u>Inf. obs clav</u> <u>coron 709799</u>		<u>1345</u>

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado Inconsciente

Pupilas Isocôricas Anisocôrica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnêico Taquicardia Braquicardia Apnéia Cheyne Stokes Biot Kussmaul

Circulatório Pulso normocadiaco Ritítmico 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>6:00</u>	<u>120x80</u>	<u>110</u>			<u>36</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

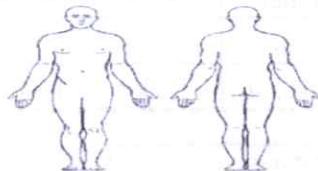
Flexão Anormal 3

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									

Consentimento para transporte de Pacientes

Declaro que fui orientado pela equipe da ambulancia e médicos verbalmente sobre o quadro clínico do paciente.

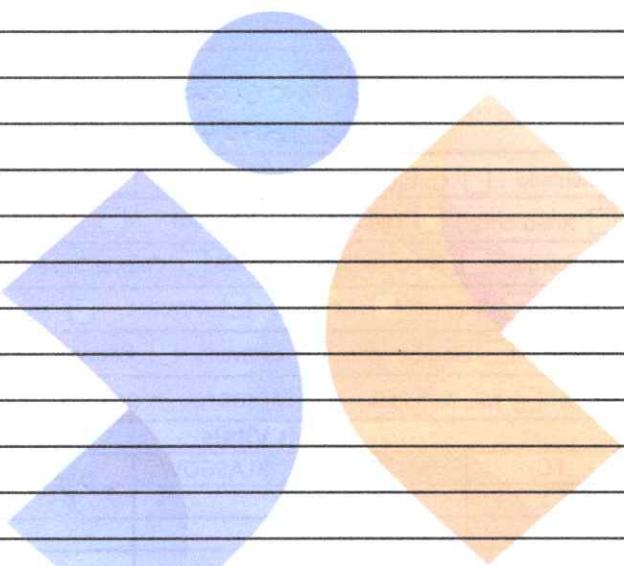
Estou ciente e orientado do quadro clínico do paciente para transporte e dos riscos envolvidos no transporte, podendo o paciente apresentar quadro clínico de instabilidade durante o percurso.

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 <u>Giovanna Andrade de Paula</u>	assinatura
RG/CPF <u>32 666 346-0 / 199.255 828-06</u>	

Observações Médicas / Enfermeiros

Realizado atendimento em campo.
onde foi levado de Ipa
paciente levada com intenção (curva).



Materiais Utilizados

1 tala grande
2 ataduras

REAL VIDAS

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	Enfermagem Responsável Camila S. L. Mota Enfermeira Coren-SP 485654	Condutor Socorrista Jairo Cecília
Data _____	Data 06/07/24	Data 6/07/24