

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

348.

<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 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"/> 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"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT/TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.	Outros

EMPRESA Itaguarac Solicitante Diretoria Data 07/06/24Origem: clube Itaguarac XNome: Murilo Kasmann Idade 5 Contato: 12997138585Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>153799</u>	km	km	km
<u>153720.</u>	Hora Chegada <u>18:00.</u>	Hora Chegada	Hora Chegada	<u>153788</u>
Hora	Hora Saída <u>10:10</u>	Hora Saída	Hora Saída	Hora
	Visto Origem <u>DC</u>	Vista Destino	Vista Destino	<u>1:07</u>

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado InconscientePupilas Isocôricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É MaiorRespiratória Eupnélico Taquicardia Braquicardia Apnéia Cheyne Stokes Biot KussmaulCirculatório Pulso normocadiaco Ritimico Arritmico Dicrotico Taquisfmgia Brasisfmgia FiliformeAbdomem Plano Globoso Protuberante Escavado Flácido Em AventalMembros Superior Alterados Não Alterados Membros Inferiores Alterados Não Alterados

Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
<u>22:47</u>	<u>100x40</u>	<u>80</u>	<u>20.</u>	<u>15</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

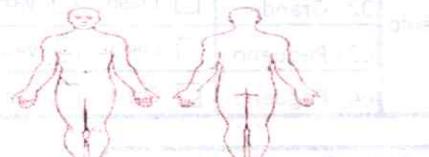
Resposta Motora

- 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	Perfn	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 Jana Carolina Souza Campe
RG/CPF 31.449.926-X

assinatura

Observações Médicas / Enfermeiros

Chegou a ambulância para o evento Festa Junina
as 10h.

Juarez Corrêa está com bradacão na parte superior
dos olhos lado esquerdo, parte superior dos lábios lado
esquerdo, realizando cuidados com gels no local,
responsável. More, não quis levá-lo para o Hospital.
Segue os cuidados do Drôu. conforme ap. das Santa Luzia
realizado orientação. 44263 717-2

Elisângela de Lima Faria
Técnica Enfermagem
COREN-SP 439793



Ara Carolina Souza Campos

Saída às 00:10 da clube Itaguara sem
mais intenção.

Elisângela de Lima Faria
Técnica Enfermagem
COREN-SP 439793

Materiais Utilizados

~~1 litro de oxigênio descolante.~~

Elisângela de Lima Faria
Técnica Enfermagem
COREN-SP 439793

Elisângela de Lima Faria
Técnica Enfermagem
COREN-SP 439793

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

Data _____

Enfermagem Responsável

Data 07/06/24

Condutor Socorrista

Data 07/06/24