

Ficha de Acompanhamento

os 22

| | | | | | | | |
|--|--|--|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <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 type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR | <input type="checkbox"/> | <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"/> TOT/TQM | <input type="checkbox"/> US | <input type="checkbox"/> RMN | <input type="checkbox"/> T. C. HIPER. | Outros |
|-----------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|-----------------------------|------------------------------|---------------------------------------|--------|

EMPRESA CASA DE SAÚDE Solicitante Data 12/01/24

Origem: Cruzeiro x Santos Dumont SJC x Cruzeiro

Nome: José Geraldo Lopes de Oliveira Idade 82 Contato:

Sexo Masculino

Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

| Saída Base | Origem | Destino | Destino | Chegada Base |
|--------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|--------------|
| km | km <u>32604</u> | km <u>32733</u> | km <u>32863</u> | km |
| <u>32525</u> | Hora Chegada <u>10:30</u> | Hora Chegada <u>12:04</u> | Hora Chegada <u>17:20</u> | <u>32944</u> |
| Hora | Hora Saida <u>10:35</u> | Hora Saida <u>16:00</u> | Hora Saida <u>17:26</u> | Hora |
| <u>02:00</u> | Visto Origem | Vista Destino | Vista Destino | <u>19:00</u> |

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado Inconsciente

Pupilas Isocôricas Anisocôrica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnêico Taquicardia Bradiacardia Apnéia Cheyne Stokes Biot Kussmaul

Circulatório Pulso normocadiaco Ritítmico Arritmico Dicrotico Taquicardia Bradicardia Filiforme

Abdômen 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 |
|------|----|----|----|---------|------|--------|-----|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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

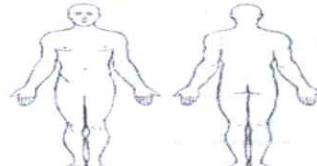
Resposta Motora

- 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 | 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 Ana Lúcia dos Santos Oliveira

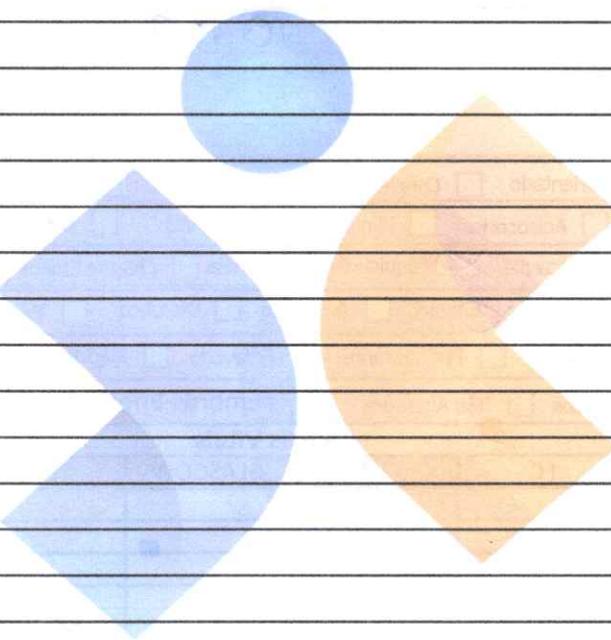
RG/CPF 411184260899

assinatura

Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente em residência, ao chegar no local encontrava-se em poltrona, BEG, Lote, Glasgow 15. Orientado para troca de GTT para intubação.

Paciente evoluiu com rebaixamento de consciência após procedimento, SSUV: PA: 90x40 mmHg, FC 93, FR: 13, Sat^o: 86% instalado cateter tipo Cíclon 7fmin. realizando transporte para intubação.



Materiais Utilizados

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

Data _____/_____/_____

Enfermagem Responsável

Data 12/11/23

Condutor Socorrista

Data 01/01/24