

# Ficha de Acompanhamento

OS  
VTR  
798

<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 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

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

EMPRESA *Copag* Solicitante *C. de rego* Data *28-01-25*

Origem: *Hosp. Cant R. Marmo* x *Perimetro SJC* x

Nome: *Aldo Alvar Nunes* Idade \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_

Sexo  Masculino  Feminino

## SUS / CONVENIO

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <i>065293</i>	km <i>065367</i>	km <i>065376</i>	km <i>65456</i>	km
	Hora Chegada <i>16:20</i>	Hora Chegada <i>17:20</i>	Hora Chegada <i>18:37</i>	
Hora <i>15:30</i>	Hora Saída <i>16:55</i>	Hora Saída <i>17:30</i>	Hora Saída	Hora

Neurológica  Lúcido  Orientado  consciente  Confuso  Comunicativo  Não Verbaliza

Pupilas  Isocôricas  Anisocorica  Midriátrica  Miotica  D ou E  É Maior

Respiratória  Eupnélico  Taquipneico  Bradipneico  Dispneico  Apneia

Circulatório  Normocárdico  Tarquicardico  Bradicardico  Filiforme

Abdomem  Plano  Globoso  Protuberante  Escavado  Flácido  Em Avental  Gravidico

Membros Superior  Alterados  Não Alterados Membros Inferiores  Alterados  Não Alterados

## Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
<i>17:00</i>	<i>100x70</i>	<i>82</i>	<i>16</i>	<i>07</i>	<i>35.7</i>	<i>96%</i>	

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

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 *Luzio F. Oliveira Nunes* assinatura *[Assinatura]*  
RG/CPF *26819421-7* / *18393245893*

# Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente seguidas ATC TOT + SNE. Alte AD-  
pícola 40'. Hiponatremia. Acomodo consciente  
não mantém controle q ambiente (nodo respira-  
tório espontâneo solo  $\approx$  92-93) (ao ambiente) choque  
hidrocarbonado, sereno.

## Materiais Utilizados

72 - 16:00 on 18/01/25

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 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	

Médico Responsável	Lilena Pozzi
CNS:	204311009470003
CRMESP:	18427
Data	28/01/25

Enfermagem Responsável	Cassia Jane de Toledo
CRON:	SP 514223 - ENF
Data	28/01/25

Condutor Socorrista	
Data	/ /