

☐ BÁSICA ☒ UTI ADULTO ☐ UTI INFANTIL ☐ UTI NEO ☐ UTI ÁREA ☐ EVENTOS ☐ PARTICULAR ☐ APH
☒ EXAMES ☐ TRASFERÊNCIA HOSPITALAR ☐ ALTA HOSPITALAR ☐ INTERNAÇÃO ☐ SIV - INT

EMPRESA Sul América Solicitante 10 de Julho Data 01-09-22

Origem: PINNA X 9. de Julho X PINNA

Nome: Jéssica Nascimento da Silva Idade 31 Contato: (12) 3644-1516

Sexo ☐ Masculino ☒ Feminino

SUS / CONVENIO Sul América Nº CARTEIRINHA 88888013225640020

Principais Queixas
☐ Dificuldades respiratórias ☒ Dores ☐ Tonturas
☐ Febre ☒ Nausea ☒ Vômitos

Vias Aéreas
☐ Alergia ☐ Obstrução Parcial ☐ Obstrução Total
☒ Vias Livres
☐ Corpo estanho ☐ Broncoaspiração ☐ Edema de Glote

Respiração
☒ Normal ☐ Insufic. Resp. Aguda ☐ Parada Ventilatória ☐ Ventil Espontânea
☐ Assistida ☐ Controlada ☐ Ritmo Irregular
☐ Ausculta Normal ☐ Sibilos ☐ Roncos
☐ Diminuição MV ☐ à D ☐ E ☐ Ausência MV ☐ Crepitações
☐ Expansibilidade Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular
☐ Enfisema sub-cutâneo ☐ Hemoptise

Circulação
☒ Pulso Regular ☐ Irregular ☐ Ausente ☐ Cheio ☐ Fino
☐ Parada cardíaca Respiratória
☐ Pele Normal ☐ Palidez ☐ Cianose ☐ Quente ☐ Fria
☐ Seca ☐ Úmida ☐ Dor Torácica Típica ☐ Atípica
☐ Pressão Arterial Hipotensão ☐ Pressão Arterial Hipertensão
☐ Choque Hipovolêmico ☐ Séptico ☐ Anafilático ☐ Cardiog
☐ Edema Ausente ☐ Palpebral ☐ M. Inferiores ☐ Anasarca

Neuro ☐ Normal ☐ Sonolência ☐ Obnubilação ☐ Agitação ☐ Coma

Abertura ocular
☒ Espontânea 4
☐ voz 3
☐ A dor 2
☐ Nenhuma 1

Resposta Verbal
☒ Orientada 5
☐ Confusa 4
☐ Palavras ImproPRIas 3
☐ Palavras Incompreensivas 2
☐ Nenhuma 1

Resposta Motora
☒ Obcede comandos 6
☐ Localiza Dor 5
☐ Movimentos de retardia 4
☐ Flexão Anormal 3
☐ Extensão Anormal 2
☐ Nenhuma 1

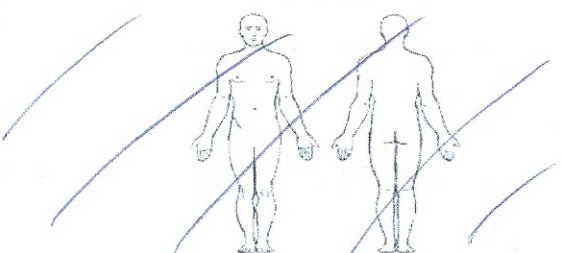
Gineco ☐ Abortamento Ameaça ☐ Espontâneo ☐ Provocado ☐ Metrorragia
☐ Parto A Termo ☐ Parto Pré - Termo ☐ Parto Pós - Termo

TRAUMA	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
	Escoliação									
	Cont									
	Ferim									
	Luxa									
	Frat									
	Lace									
	Secç									

controle de O2

Consumo de O2	150	140	130	120	110
	100	90	80	70	60
	50	40	30	20	10
Consumo de O2	150	140	130	120	110
	100	90	80	70	60
	50	40	30	20	10
Consumo de O2	150	140	130	120	110
	100	90	80	70	60
	50	40	30	20	10

QUEIMADURAS	Cab	Pesc	T-Ant	Tpos	Perin	Msd	Mse	Mid	Mie
I									
II									
III									



Controle de Itinerários

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
127724	127725	127726	127726	127737
Hora	Hora	Hora	Hora	Hora
14:00	14:30	14:40	17:15	17:50
	Visto	Visto	Visto	
	EM 127725-127726		Recebimento no Hospital de Des- Josiane de Moura Miranda COREN-SP: 1769374 TE	

Tipos de exames

☐ CATE ☐ TOMO ☐ GTT ☐ TQT/TQM ☐ US ☐ RX ☒ RMN ☐ CPRS ☐ T. C. HIPER.

Outros:

Sinais Vitais e Parâmetros Evolutivos e Conduta / Horário

HORA	15:05								
PA	130 x 90								
FC	91								
FR	23								
GLASGOW	15								
TEMP									
Sat O2	96								
Hgt									

Observações Médicas / Enfermeiros

Pte. hemodinamicamente estável, acordada, calma, lúcida, orientada e hidratada, comunicativa e colaborativa, AA, apresentando episódios de náuseas com tentativas de vômitos contínuos, sem conteúdo gástrico desde a cirurgia na data de ontem. Nega históricas diáricas, nega atropia, nega uso medicamentoso contínuo, relata xixes e fezes gástrica (Barbitúrica há 7 (sete) meses) P.O. Colecistectomia na data de ontem com dores subsequentes desde então e mantendo quadro de vômitos improdutivos e sem volumes. OBS: Pte. com indicação de nova cirurgia, na data, aguardando apenas o resultado do exame em questão. Foi obrigada a aguardar a realização do exame, por técnicos da Clínica em questão, aguardar na situação clínica relatada acima, a realização de, no mínimo 03 (três) exames de Ptes. eletivas, presentes na clínica. Esposo e acompanhante da Pte. ciente do caso e orientado. Sem maiores alterações. em ida e volta. Haverá: Ribeiro - Enfermeiro 441208

CONSENTIMENTO PARA TRANSPORTE PACIENTE EM AMBULÂNCIA.

Declaro que fui orientado pelos 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

assinatura

RG/CPF

Médico Responsável

Enfermagem Responsável

Conductor Socorrista

Data

Data

Data

Chegada Base 127729

15:00

Retorno a Base 17:30

km - 127729

km - 127735

km - 127735

Obs: Pte. entrou as 16:40L para iniciar o exame. 16:40L

Saída Base 17:15