

# Ficha de Acompanhamento

OS

VTR 320

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

**Tipos de Exames** ☐ CATE ☐ TOMO ☐ RX ☐ CPRS ☐ PET SCAM ☐ GTT ☐ TQT/TQM ☐ US ☐ RMN ☐ T. C. HIPER. Outros

EMPRESA Casa Saúde Solicitante Mayara Data 20/09/24

Origem: Rua Bulgária 655 x Unimed SJC x

Nome: CRISTINA CHARALANBOKIS Idade 55 Contato:

Sexo ☐ Masculino ☒ Feminino

SUS / CONVENIO UNIMED

Nº CARTEIRINHA 000450349002901

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
<u>136504</u>	<u>136511</u>	<u>136580</u>	<u>136662</u>	<u>136671</u>
Hora	Hora Chegada	Hora Chegada	Hora Chegada	Hora
<u>4:30</u>	<u>5:22</u>	<u>6:21</u>	<u>12:20</u>	<u>12:30</u>
	Hora Saida	Hora Saida	Hora Saida	
	<u>5:35</u>	<u>11:00</u>	<u>12:30</u>	
	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	
	<u>Rodrigo Monteiro de Siqueira</u>			<u>12:56</u>
	<u>COREN-SP 937083 - ENF</u>			

Neurológica ☐ Lúcido ☐ Orientado ☐ Conciente ☐ Desorientado ☐ Inconsciente

Pupilas ☐ Isocóricas ☐ Anisocórica ☐ Midriática ☐ Miotica ☐ D ou E ☐ É Maior

Respiratória ☐ Eupnéico ☐ Taquicardia ☐ Braquicardia ☐ Apnéia ☐ Cheyne Stokes ☐ Biot ☐ Kussmaul

Circulatório ☐ Pulso normocadiaco ☐ Ritimico ☐ 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>05:30</u>	<u>100/60</u>	<u>89</u>	<u>20</u>		<u>36.5</u>	<u>96</u>	

### Abertura ocular

- ☐ Espontânea 4  
☐ voz 3  
☐ A dor 2  
☐ Nenhuma 1

### Resposta Verbal

- ☐ Orientada 5  
☐ Confusa 4  
☐ Palavras Improórias 3  
☐ Palavras Incompreendivas 2  
☐ Nenhuma 1

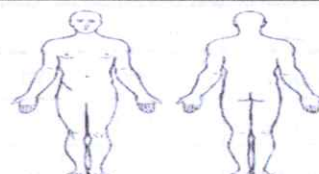
### Resposta Motora

- ☐ Obedece 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 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 Graciela Toffo da Silva Antunes

RG/CPF 2x48554721

assinatura



## Observações Médicas / Enfermeiros

05h:35 min Transferida de sua residência para  
 procedimentos hospitalares em sala de exames,  
 acompanhada por familiar com sinais de desorientação  
 com olhos e respostas verbais para sua  
 comunicação verbal. Observando-se calma com  
 miopia. Visão e audição quanto ao tempo e  
 espaço em ambiente.  
 11h:00 min Toque vital normal  
 12h:20 min Removida de sua residência acompanhada  
 por familiar com intervenções

## Materiais Utilizados

4 pontos de sonda de procedimentos (M)

Pedagios	Qual	Refeição / Lanche	Sim	Não
1				
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

Condutor Socorrista

Data