

# Ficha de Acompanhamento

OS 1029.

VTR 318.

|  |  |                                       |  |                                   |                                     |                                     |                              |
|--|--|---------------------------------------|--|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|
| <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"/> 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     |        |  |
|                        | <input type="checkbox"/> GTT  | <input type="checkbox"/> TQT / TQM | <input type="checkbox"/> US | <input checked="" type="checkbox"/> PRMN | <input type="checkbox"/> T. C. HIPER. | Outros |  |

EMPRESA *H. CEPOG* Solicitante *C. VAGAS* Data *27.06.24*

Origem: *H. CEPOG* x *C. SANTO ROSA GUARUJÁ* x

Nome: *Edmílson Moreira* Idade *78* Contato: *(11) 99753-7511*

Sexo  Masculino  Feminino

SUS / CONVENIO *VNI med ceao* Nº CARTEIRINHA *0970 003 e 000 753337*

| Saída Base    | Origem   | Destino  | Destino   | Chegada Base  |
|---------------|--|--|---|---------------|
| km            | km <i>156391</i>   | km <i>156392</i>   | km <i>156393</i>  | km            |
| <i>156354</i> | Hora Chegada <i>19:36</i>  | Hora Chegada <i>15:06</i>  | Hora Chegada <i>16:12</i>   | <i>156429</i> |
| Hora          | Hora Saída <i>19:59</i>  | Hora Saída <i>16:08</i>  | Hora Saída <i>16:22</i>   | Hora          |
|               | Visto Origem<br><i>Rosana Leite de Aguiar</i><br>COREN-SP 505796-ENF | Vista Destino<br><i>Mariúcia Souza Magalhães</i><br>Membro de Enfermagem<br>Coren 262703 | Vista Destino<br><i>Rosana Leite de Ag.</i><br>COREN-SP 505796-EN | <i>17:20</i>  |

Neurológica  Lúcido  Orientado  Consciente  Desorientado  Inconsciente

Pupilas  Isocôricas  Anisocôrica  Midriátrica  Miotica  D ou E  É Maior

Respiratória  Eupnêico  Taquicardia  Bradiardia  Apnéia  Cheyne Stokes  Biot  Kussmaul

Circulatório  Pulso normocadiaco  Ritímico  Arritmico  Dicrotico  Taquisfymia  Brasisfymia  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 |
|--------------|----|-----------|-----------|-----------|------|------------|-----|
| <i>19:58</i> | —  | <i>83</i> | <i>12</i> | <i>15</i> | —    | <i>85%</i> | —   |
| <i>16:10</i> | —  | <i>85</i> | <i>12</i> | <i>15</i> | —    | <i>92%</i> | —   |

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

| TRAUMA | Descrição  |  | Crâ  | Face | Col | Tór | Bac | Msd | Mse | Mid | Mie |
|--------|------------|--|------|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
|        | Escoriação |  | Cont |      |     |     |     | X   |     |     |     |
|        | 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 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 <i>Luciane Alves So Siqueira</i> | assinatura <i>luciane</i> |
| RG/CPF <i>305.779.308.07</i>          |                           |

## Observações Médicas / Enfermeiros

14:36 Recebo paciente no hospital CEDRO 8º p/ Real Sociedade de RNH em calore e sombra - Indicada NBS comoxic c/ H2D: Vomitas + Dor duração Esp. - DB: Drobek, nega alergia medicamentosas. Pode haver entedimento na boca devido a excesso de saliva. Vomitar em barre de café é doloroso para paciente. Pode haver dor devido ao excesso de saliva. Sintoma em casa: m. dores. Sintomas TTO p/ Parkinson c/ diminuição de movimentos. Faz uso de Real Sociedade

16:22 Deve ser o seu último dia aqui sim. Encerrado.

Jéssica de Moura Viana  
Enfermeira  
COREN-SP 669.65.7

Jéssica de Moura Viana  
Enfermeira  
COREN-SP 669.65.7

## Materiais Utilizados

**RE-AU VIDAS**

| Pedagios | X            | Qual  | Refeição / Lanche    | Sim | J | 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

Data \_\_\_\_\_

Enfermagem Responsável

Data 22/06/24

Condutor Socorrista

Data 27/06/24