

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

520

<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 checked="" type="checkbox"/> EVENTOS	<input type="checkbox"/> PARTICULAR	<input type="checkbox"/> APH
<input type="checkbox"/> EXAMES	<input type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	<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"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	Outros
	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT/TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T.C. HIPER.	

EMPRESA Prof. Pinelamorhangabu Solicitante Ricardo Flores Data 20/03/28
 Origem: Parque Cidade x PSM x Parque Cidade

Nome: Cissa Isabel de Moura Santos Idade 15 Contato: 12 992198706

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>136676</u>	km <u>136679</u>	km	km
<u>136671</u>	Hora Chegada <u>18:30</u>	Hora Chegada <u>21:15</u>	Hora Chegada	<u>136687</u>
Hora	Hora Saida <u>20:53</u>	Hora Saida <u>23:00</u>	Hora Saida	Hora
	Visto Origem <u>1801351E CORREN-SP 1801351E Metas Águas Fazenda das Molas</u>	Vista Destino <u>Fazelle</u>	Vista Destino	<u>23:15</u>
<u>18:06</u>				

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado Inconsciente

Pupilas Isocôricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnêico Taquicardia Bradiacardia Apnéia Cheyne Stokes Biot Kussmaul

Circulatório Pulso normocadiaco Ritimico Arritmico Dicrotico Taquisfmgia Brasisfmgia Filiforme

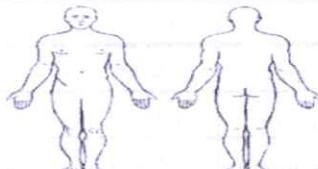
Abdomem Plano Globoso Protuberante Escavado Flácido Em Avental

Membros Superior Alterados Não Alterados Membros Inferiores Alterados Não Alterados

Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
<u>21:00</u>	<u>120x80</u>	<u>65</u>	.	<u>15</u>	<u>37</u>	<u>99%</u>	

TRAUMA	Descrição	Resposta Verbal					Resposta Motora				
		<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5	<input type="checkbox"/> Confusa 4	<input type="checkbox"/> Palavras Imprórias 3	<input type="checkbox"/> Palavras Incomprêencivas 2	<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input checked="" type="checkbox"/> Obdece comandos 6	<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5	<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4	<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3	<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2
	Escoriação										
	Cont										
	Ferim										
	Luxa										
	Frat										
	Lace										
	Secç										

TRAUMA	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 Cissa Isabel de Moura Santos

assinatura

RG/CPF

Cissa Isabel de Moura

Observações Médicas / Enfermeiros

PACIENTE DEAMBULANDO COMPARECEU A AMBULÂNCIA RELATANDO
PERÍDO NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO ACOMETIDO POR PICADA
DE INSETOS NÃO IDENTIFICADO E FORMIGAMENTO NO MEMBRO SUPERIOR
ESQUERDO SVV: PA120 X 80

FC: 65

SAT: 99%

CONDICAO PARA HOSPITAL DE PINDAMONHANGABA PARA AVALIAÇÃO
MEDICA. TRANSPORTE SEM INTERCORRÊNCIA RETORNO AO EVENTO
AS. 21:27.

*Wesley Alves de Oliveira
Enfermeiro
COREN-SP 812921*

Materiais Utilizados

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

Médico Responsável
Data _____ / _____ / _____

Enfermagem Responsável
<i>Wesley Alves de Oliveira</i>
Enfermeiro
Data: <i>20/09/24</i>
COREN-SP 812921

Condutor Socorrista
<i>Rafael</i>
Data: <i>20/09/24</i>