

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

318

<input type="checkbox"/> BÁSICA	<input checked="" type="checkbox"/> UTI ADULTO	<input checked="" 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 type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT	<input type="checkbox"/>

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 D. Quelez Solicitante N12. Data 01.08.24

Origem: Queluz x Regional de SJC. x

Nome: Isabela Aparecida dos Santos Costa Idade 80 Contato:

Sexo Masculino

Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>158384</u>	km <u>07:55.</u>	km	km
<u>158255</u>	Hora Chegada <u>6:20</u>	Hora Chegada <u>158531</u>	Hora Chegada	
Hora	Hora Saída <u>6:35.</u>	Hora Saída <u>09:20</u>	Hora Saída	Hora
	Visto Origem <u>04:35.</u>	Vista Destino	Vista Destino	

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado Inconsciente

Pupilas Isocôricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnéico Taquicardia Bradiardia Apneia Cheyne Stokes Biot Kussmaul

Circulatório Pulso normocadiaco Ritimico Arritmico Dicrotico Taquifgmia Brasisfgmia 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>6:45h</u>	<u>—</u>	<u>121</u>	<u>22</u>	<u>15</u>	<u>36.2</u>	<u>98%</u>	<u>—</u>
<u>7:50h</u>	<u>—</u>	<u>125</u>	<u>22</u>	<u>15</u>	<u>36.2</u>	<u>99%</u>	<u>—</u>

Abertura ocular

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

Resposta Verbal

- Orientada 5
- Confusa 4
- Palavras Improórias 3
- Palavras Incomprêencivas 2
- Nenhuma 1

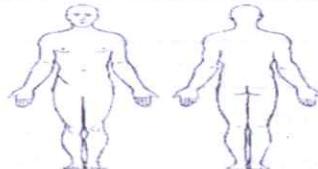
Resposta Motora

- Obdece 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 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 Isabela da Costa
RG/CPF 14 260 371-5

assinatura

Observações Médicas / Enfermeiros

Ana Caroline A. de Paula
Enfermeira
COREN-SP 447104

04:35h Saída da base.

06:20h Chegada na UPA São Casa de Queimuz. Realizado resumo ótico da menor "Isabela, 8a" acompanhada do pai Di Palma, consentente, orientada, corada, hidratada, afibril, eupneica em ar ambiente, couro cabeludo intenso, pupilas iso. Cateter Venoso periférico em MGE nº 24 (fixado 31/07), abdômen flácido doloroso a palpação, eliminação fisiológica espontânea, panturrilhas livres. Nega alergia. Fojin desde as 22h. Verificado SSU.

07:55h Chegada ao hospital Regional de SSC. Passo plantar para o Enfermeiro Eduardo. Aguarda avaliação da cirurgião.

09:20h liberado para Avaliação. Paciente ficará internada.

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

Médico Responsável

[Assinatura]

Data	/	/
------	---	---

Enfermagem Responsável

[Assinatura]

Ana Caroline A. de Paula Enfermeira COREN-SP 447104	
Data	01/08/24

Condutor Socorrista

[Assinatura]

Data	/	/
------	---	---