

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

798

☐ BÁSICA ☐ UTI ADULTO ☐ UTI INFANTIL ☐ UTI NEO ☐ UTI ÁREA ☐ EVENTOS ☐ PARTICULAR ☐ APH
☐ EXAMES ☐ TRANSFERÊNCIA 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 HOSPITAL 10 JULHO Solicitante ANDRE Data 31.07.24

Origem: RESIDENCIA x R: MIGUEL ELIAS JABOR x

Nome: JOÃO VITOR FELIPE SERRA Idade 17 Contato: 11972300949

Sexo ☒ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO Unimed Nº CARTEIRINHA 00572000274000017

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
<u>48271</u>	<u>48280</u>	<u>48456</u>		
Hora	Hora Chegada	Hora Chegada	Hora Chegada	Hora
	<u>09:20</u>	<u>12:19</u>		<u>48642</u>
	Hora Saída	Hora Saída	Hora Saída	
	<u>09:43</u>	<u>17:43</u>		
<u>09:00</u>	Visto Origem	Visto Destino	Visto Destino	
	<u>Dr. Icaro Cruz Silva</u>	<u>Dr. Icaro Cruz Silva</u>		<u>22:00</u>
	<u>Ortopedista</u>	<u>Ortopedista</u>		
	<u>CRM-SP 257489</u>	<u>CRM-SP 257489</u>		

Neurológica ☐ Lúcido ☐ Orientado ☐ Conciente ☐ Desorientado ☐ Inconsciente

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

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

Circulatório ☐ Pulso normocardiaco ☐ Ritímico ☐ Arritmico ☐ Dicrotico ☐ Taquissfmgia ☐ Bradissfmgia ☐ 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>09:43</u>	<u>120 x 70</u>	<u>106</u>	<u>100</u>				

Abertura ocular

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

Resposta Verbal

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

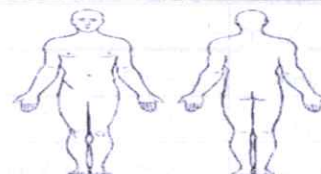
Resposta Motora

- ☐ 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 Claudia da Silva Felipe

RG/CPF 33002238813

assinatura

Dr. Icaro Cruz Silva
Ortopedista
CRM-SP 257489

Observações Médicas / Enfermeiros

09:20 - Chegado na residência do paciente. 09:41 - Saída do
residência do paciente para clínico. 12:19 - chegamos na clínico
17:43 - Saída do clínico sem intercorrência. 21:20 - paciente
chegou em sua residência, sem nenhuma intercorrência.

Materiais Utilizados

REALVIDAS

Pedágios	<u>Sim</u>	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

Data

Enfermagem Responsável

Lauany Antunes Gonzaga
Técnica de Enfermagem
CRN 128.095

Data

31/07/24

Condutor Socorrista

Luiz Fernando

Data

31/07/24