

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

798.

<input type="checkbox"/> BÁSICA	<input checked="" 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 checked="" 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	<i>cavalaçao</i>
	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT /TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.		

EMPRESA	<i>F. municipal saude</i>	Solicitante	<i>NIN</i>	Data	<i>07/03/25</i>
Origem:	<i>S. CASA APPARECIDA</i>	<i>x H. R. V. P. TIE</i>	<i>x SANTA. C. ADA.</i>		

Nome:	<i>Leiz Carlos Vides Santos</i>	Idade	<i>71</i>	Contato:	
--------------	---------------------------------	--------------	-----------	-----------------	--

Sexo	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino	
SUS / CONVENIO	<i>SUS</i>	Nº CARTEIRINHA	<i>34.101928</i>

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 70887	km 70991	km 70987	km 71010	km
Hora 08:35	Hora Said 09:05	Hora Said 11:18	Hora Said	Hora

Visto Origem *Selma Beatriz Felix*
COREN-SP 4401466 TE

Vista Destino *Marcos Felipe Ladeira da Silva*
COREN-SP 250.055-Entrevista

Neurológica	<input type="checkbox"/> Lúcido	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Confuso	<input type="checkbox"/> Comunicativo	<input type="checkbox"/> Não Verbaliza
--------------------	---------------------------------	---	-------------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------	--

Pupilas	<input checked="" type="checkbox"/> Isocôricas	<input type="checkbox"/> Anisocorica	<input type="checkbox"/> Midriátrica	<input type="checkbox"/> Miotica	<input type="checkbox"/> D ou E	<input type="checkbox"/> É Maior
----------------	--	--------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

Respiratória	<input type="checkbox"/> Eupnéico	<input type="checkbox"/> Taquipneico	<input type="checkbox"/> Bradipneico	<input type="checkbox"/> Dispneico	<input type="checkbox"/> Apneia
---------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

Circulatório	<input type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Tarquicardico	<input type="checkbox"/> Bradicardico	<input type="checkbox"/> Filiforme
---------------------	---------------------------------------	--	---------------------------------------	------------------------------------

Abdomem	<input type="checkbox"/> Plano	<input type="checkbox"/> Globoso	<input type="checkbox"/> Protuberante	<input type="checkbox"/> Escavado	<input type="checkbox"/> Flácido	<input type="checkbox"/> Em Avental	<input type="checkbox"/> Gravidico
----------------	--------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------

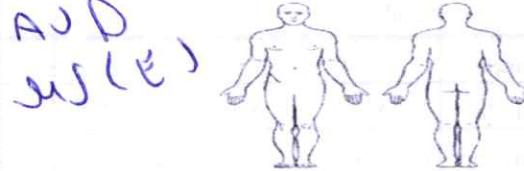
Membros Superior	<input type="checkbox"/> Alterados	<input type="checkbox"/> Não Alterados	Membros Inferiores	<input type="checkbox"/> Alterados	<input type="checkbox"/> Não Alterados
-------------------------	------------------------------------	--	---------------------------	------------------------------------	--

Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

TRAUMA	Abertura ocular		Resposta Verbal			Resposta Motora									
	<input type="checkbox"/> Espontânea 4	<input type="checkbox"/> voz 3	<input type="checkbox"/> A dor 2	<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Orientada 5	<input type="checkbox"/> Confusa 4	<input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3	<input type="checkbox"/> Palavras Incomprêencivas 2	<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input 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	<input type="checkbox"/> Nenhuma
Escoriação															
Cont															
Ferim															
Luxa															
Frat															
Lace															
Secç															

	QUEIMADURAS								
	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie
	I								
	II								



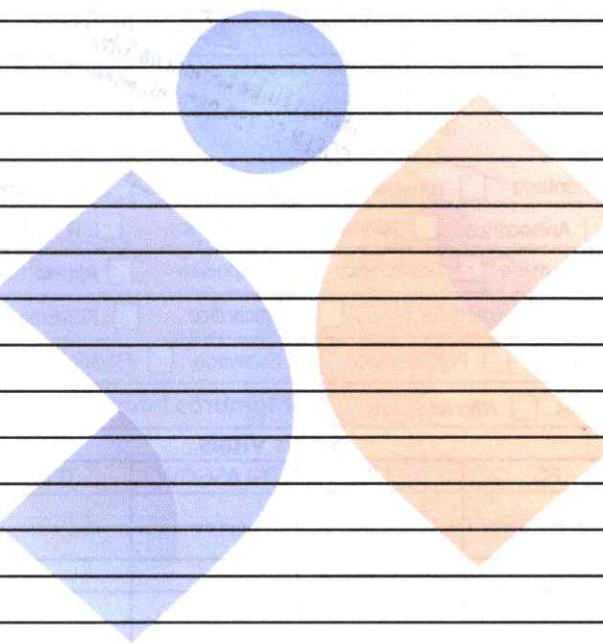
Consentimento para transporte de Pacientes									
Declaro que fui orientado pela equipe da ambulancia e médicos verbalmente sobre o quadro clínico do paciente.									
Estou ciente e orientado do quadro clínico do paciente para transporte e dos riscos envolvidos no transporte, podendo o paciente apresentar 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		assinatura
RG/CPF		

Observações Médicas / Enfermeiros

09:55h = Chego ao hospital via urgências paciente em sala de emergência constânte pressão arterial, comunicando a Alice lyssenico, enfermeira, mantendo monitorização cardíaca, A VP em MS(E) Salvo episódio, Olhos do paciente em rota, e encaminho para anestesiologia.

= Chego ao hospital de Vesteiro, HRVO para realização da Neurólise.



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

Data: ___/___/___

Enfermagem Responsável

Data: 07/03/25

Condutor Socorrista

Data: ___/___/___