

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

318.

<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 type="checkbox"/> EXAMES	<input checked="" type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR		<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR		<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	
	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT /TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.	

Outros

EMPRESA ACL Remocao Solicitante Luis Data 29/01/25Origem: H.V. VALE x Clinica Orla xNome: Jaqueleine Moura Sampaio M. Idade _____ Contato: _____Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>171600</u>	km <u>171672</u>	km <u>17.676</u>	km	km
Hora <u>16:30</u>	Hora Chegada <u>18:04</u>	Hora Chegada <u>18:50</u>	Hora Chegada	
Visto Origem Rafaela Souza Delfim COREN: 458.330-ENF	Hora Saída <u>18:37</u> Vista Destino <u>Dra. Sabrina Borges</u> <u>Médica</u> <u>CRM 207238</u>	Hora Saída <u>19:22</u>	Hora Saída	Hora

Neurológica Lúcido Orientado consciente Confuso Comunicativo Não VerbalizaPupilas Isocôricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É MaiorRespiratória Eupnéico Taquipneico Bradipneico Dispneico ApneiaCirculatório Normocárdico Tarquicardico Bradicardico FibriformeAbdomem Plano Globoso Protuberante Escavado Flácido Em Avental GravidicoMembros Superior Alterados Não Alterados Membros Inferiores Alterados Não Alterados

Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

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

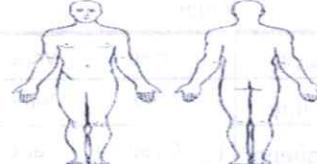
Resposta Motoria

- 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	assinatura
RG/CPF	

Observações Médicas / Enfermeiros

10:00 h. Cliente acordado, apresentando-se com seu ente, unidade, comunicação. Mantendo AVP em MS(D), apresentando enfaixamento de mé-dio polem em MS(E) (antebraço) segundo a enfermagem foi contado e realizada pela própria paciente em sento.

Foi removida a maca, acompanhados da mãe + médico + enfermeiro, digo, do hospital VivaLé para o Chuí com seuvo e sem inconvenientes. Cliente calmo, chorosa, sem agressividade.

Andreza Siqueira
Enfermeira
COREN-SP 409980

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

Andreza Siqueira		
Enfermeira		
COREN-SP 409980		
Data	/	/

Condutor Socorrista

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