

Ficha de Acompanhamento

OS
VTR 520

☒ BÁSICA ☐ UTI ADULTO ☐ UTI INFANTIL ☐ UTI NEO ☐ UTI ÁREA ☐ EVENTOS ☐ PARTICULAR ☐ APH
☒ EXAMES ☐ TRASFERÊNCIA 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 Pro mod. Solicitante C. Vagas Data 24.02.25

Origem: H. I. Ciclin Soc. x H. I. Soc. S.S. x H. I. JA

Nome: ABCO PINES DE MORAES Idade Contato:

Sexo ☒ Masculino ☒ Feminino

SUS / CONVENIO BRADESCO Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>139416</u>	km <u>139455</u>	km <u>139473</u>	km <u>139496</u>	km <u>139573</u>
	Hora Chegada <u>20:35</u>	Hora Chegada <u>21:08</u>	Hora Chegada <u>22:16</u>	
	Hora Saida <u>20:50</u>	Hora Saida <u>21:38</u>	Hora Saida <u>22:20</u>	
Hora <u>20:00</u>	Visto Origem <u>Carla F. Mallmann</u> Enfermeira Obstetra COREN-SP 881644 - AE	Vista Destino <u>Carla F. Mallmann</u> Enfermeira Obstetra COREN-SP 218741	Vista Destino	Hora <u>23:30</u>

Neurológica ☐ Lúcido ☐ Orientado ☐ consciente ☐ Confuso ☐ Comunicativo ☐ Não Verbaliza

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

Respiratória ☐ Eupnéico ☐ Taquipnéico ☐ Bradipnéico ☐ Dispneico ☐ Apneia

Circulatório ☐ Normocárdico ☐ Tarquicardico ☐ Bradicardico ☐ Filiforme

Abdomem ☐ Plano ☐ Globoso ☐ Protuberante ☐ Escavado ☐ Flácido ☐ Em Avental ☐ Gravidico

Membros Superior ☐ Alterados ☐ Não Alterados Membros Inferiores ☐ Alterados ☐ Não Alterados

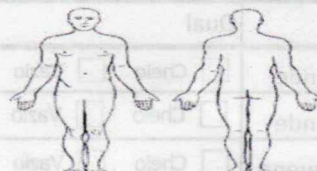
Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

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 Incompreêncivas 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

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

Assinatura

Observações Médicas / Enfermeiros

Tempo Realizado sem Interferência

Materiais Utilizados

Pedágios		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
<i>Bmsantana</i>
Data <u>24/02/25</u>

Conductor Socorrista
<i>[Assinatura]</i>
Data ____/____/____



Data 24.02.25

17. JA

Chegada Base

km 139.573

Hora 23:30

☐ Não Verbaliza

Maior

☐ Gravidico

☐ Não Alterados

Sat O2

Hgt

Resposta Motora

mandos 6

r 5

s de retardia 4

rmal 3

normal 2

Mse

Mid

Mie

Dr(a).

CRM:

Dra. Maria Helena Figueiredo
CRM-SP 120.268
CBO 311409
CNS 980016200892617

24.02.25

Av. Nove de Julho, 430 - Tel.: (12) 3797-9800 - SJCampos-SP
Av. Andrômeda, 1100 - Tel.: (12) 3797-8500 - SJCampos-SP
Av. Adhemar de Barros, 530 - Tel.: (12) 3797-9000 - SJCampos-SP
Av. Edouard Six, 80 - Tel.: (12) 3953-1044 - Jacaré-SP
Rua Cel. João Dias Guimarães, 266 - Tel.: (12) 3221-1000 - Caçapava-SP
Rua Prof. Luis Augusto Silva, 87 - Tel.: (12) 2125-0333 - Taubaté-SP

TR

Frat

Lace

Secç

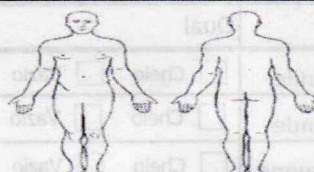
QUEIMADURAS

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

assinatura

RG/CPF