

Ficha de Acompanhamento

VTR
318

☐ 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 Phomed SA **Solicitante** _____ **Data** 04/02/2025

Origem: SANTA CASA SPACIAZET x H. Bludim 95110 x _____

Nome: Marcelo Paulino Jura **Idade** 28 **Contato:** 12996117513

Sexo ☒ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO Braderco **Nº CARTEIRINHA** 774690005037002

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>171971</u>	km <u>172053</u>	km <u>172073</u>	km <u>172136</u>	km
	Hora Chegada <u>11:20</u>	Hora Chegada <u>12:05</u>	Hora Chegada <u>13:30</u>	
	Hora Saida <u>11:36</u>	Hora Saida <u>12:45</u>	Hora Saida	
Hora <u>09:00</u>	Visto Origem <u>Kite</u>	Vista Destino <u>Yuri</u>	Vista Destino	Hora

Neurológica ☐ Lúcido ☒ Orientado ☒ consciênte ☐ Confuso ☐ Comunicativo ☐ Não Verbaliza

Pupilas ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Midrítricas ☐ Mioticas ☐ D ou E ☐ É Maior

Respiratória ☒ Eupnéico ☐ Taquipnéico ☐ Bradipnéico ☐ Dispneico ☐ Apneia

Circulatório ☒ Normocárdico ☐ Tarquicárdico ☐ Bradicárdico ☐ Filiforme

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

Membros Superior ☐ Alterados ☒ Não Alterados **Membros Inferiores** ☒ Alterados ☐ Não Alterados

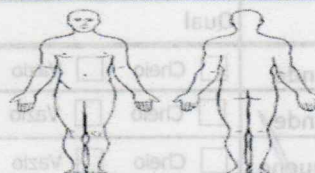
Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

Abertura ocular <input type="checkbox"/> Espontânea 4 <input type="checkbox"/> voz 3 <input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	Resposta Verbal <input type="checkbox"/> Orientada 5 <input type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3 <input type="checkbox"/> Palavras Incomprêensivas 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	Resposta Motora <input type="checkbox"/> Obedece 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
---	---	---

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 _____ **assinatura** _____
RG/CPF _____

Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente Marcelo Paulino Juma, 30 anos, branco, solteiro, estudante, residente em AVP em NIE, sem sinais vitais, mantido em NIE, acompanhado por família (mãe), Eufemio Kelly e R. Luiz.

Kelly Hicks de Oliveira Santos
COREN-SP 828403-EMF

Paciente Marcelo com fratura de quadril + fêmur + mandíbula exigiu cuidados médicos no percurso de ambulância que não deixei movimentar muito devido a trauma dor apesar dos Analgésicos

Kelly Hicks de Oliveira Santos
COREN-SP 828403-EMF

Materiais Utilizados

EM 0:55 - 12:35

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
Luiz Brier de Almeida
CRM 46794
Data ____/____/____

Enfermagem Responsável
Kelly Hicks de Oliveira Santos
COREN-SP 828403-EMF
Data 04/02/21

Condutor Socorrista
Data ____/____/____



Jacareí, 04 de Fevereiro de 2025

Marcelo Paulino Guerra

Solicito Ambulância básica
para transferência

Dr. Rodrigo M. Alméri
Ortopedia e Traumatologia
CRM 119439 TEOT 12122

Rua Antônio Afonso, nº. 119, Centro, Jacareí – São Paulo, CEP 12.327-270
www.santacasajacarei.com.br – Tel: (12) 3954-5600 / Fax: (12) 3954-5609

VTR 318		
<input type="checkbox"/> OS	<input type="checkbox"/> PARTICULAR <input type="checkbox"/> APH	
<input type="checkbox"/> NAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT	
Data 04/02/2025		
to: 12996117513		
690005037002		
Chegada Base		
km		
Hora		
<input type="checkbox"/> Não Verbaliza		
É Maior		
<input type="checkbox"/> Gravidico		
<input type="checkbox"/> Não Alterados		
Sat O2	Hgt	
Resposta Motora		
comandos 6		
Dor 5		
itos de retardia 4		
normal 3		
Anormal 2		
Mse	Mid	Mie

TR

Luxa

Frat

Lace

Secç

QUEIMADURAS

Cab

Pesc

T Ant

Tpos

Perín

Msd

Mse

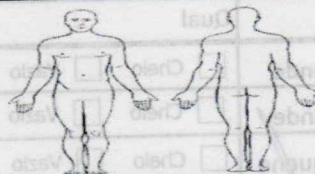
Mid

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

RG/CPF

assinatura

17205314 11:365 h

172073 Km