

# Ficha de Acompanhamento

OS  
VTR 318

☐ 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** FUNDO M. Saúde **Solicitante** NIRE **Data** 07/12/21

**Origem:** PA Cravida X HR 55C X

**Nome:** FABIO ANDRE ARAUJO **Idade** 52 **Contato:** 12974106812

**Sexo** ☒ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 166.942	km 167003	km 167030	km 167091	km
	Hora Chegada 13:00	Hora Chegada 14:20	Hora Chegada 14:40	
	Hora Saida 17:00	Hora Saida 14:38	Hora Saida	
Hora 17:00	Visto Origem Cristina da Mota ENFERMEIRA COREN-SP 829650	Vista Destino Ederaldo Seix 292571	Vista Destino	Hora

**Neurológica** ☒ Lúcido ☒ Orientado ☐ Conciente ☐ Desorientado ☐ Inconsciente

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

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

**Circulatório** ☒ Pulso normocardiaco ☐ Ritimico ☐ Arritmico ☐ Dicrotico ☐ Taquisfmgia ☐ Brasisfmgia ☐ Filiforme

**Abdomem** ☒ Plano ☐ Globoso ☐ Protuberante ☐ Escavado ☐ Flácido ☐ Em Avental

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

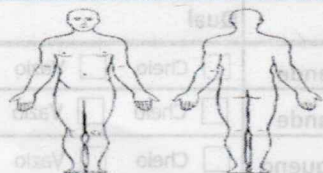
## Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
13:10	120x80	56	16	15	36.3	98%	

<b>Abertura ocular</b> <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4 <input type="checkbox"/> voz 3 <input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<b>Resposta Verbal</b> <input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5 <input type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3 <input type="checkbox"/> Palavras Incomprêncivas 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<b>Resposta Motora</b> <input checked="" type="checkbox"/> Obcede 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	Perin	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** Marlene Koper Martins **assinatura**

**RG/CPF** 300 071 83803

Observações Médicas / Enfermeiros

Recebo paciente BEG, LORE, CHAA. Mantendo AUP selinizado em FCD. Níveis sinais vitais: HD IAM AIE, HAS, nega DM, está em acompanhamento c/ Nefrologista em Bona transferido p/ HRSC em ambulância de UTI, acompanhado pelo Drº Brict pela esposa, cond. Wurlay e enfermeiro Carlos, sem nenhuma intercorrência no trajeto

Cassia Jane de Toledo  
COREN - SP 514223 - ENF

Materiais Utilizados

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



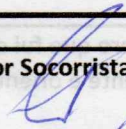
Data 07/12/24

Enfermagem Responsável

 Cassia Jane de Toledo  
COREN - SP 514223 - ENF

Data 07/12/24

Condutor Socorrista



Data 07/12/24