

# Ficha de Acompanhamento

OS  
VTR 798

☒ 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** HL. Cellog **Solicitante** C. Vagner **Data** 20.02.25

**Origem:** H. Capoz x 5ª. cara Gené x

**Nome:** David H.A. da Silva **Idade** 4a **Contato:**

**Sexo** ☒ Masculino ☐ Feminino

**SUS / CONVENIO** Unimed **Nº CARTEIRINHA** 00206403000929000

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>69061</u>	km <u>69098</u>	km <u>69105</u>	km	km <u>69140</u>
	Hora Chegada <u>18:20</u>	Hora Chegada <u>18:55</u>	Hora Chegada	
	Hora Saida <u>18:33</u>	Hora Saida <u>19:35</u>	Hora Saida	<u>20:00</u>
Hora <u>17:40</u>	Visto Origem <u>Matheus Pereira do Nascimento</u> <u>Coren-SP 535323-ENF</u>	Visto Destino <u>Antônio Luis de Paiva Amorim</u> <u>Coren-SP 628472-ENF</u>	Vista Destino	Hora

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

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

**Respiratória** ☒ Eupnéico ☐ Taquipnéico ☐ Bradipnéico ☐ Dispnéico ☐ Apneia

**Circulatório** ☒ Normocárdico ☐ Tarquicardico ☐ Bradicardico ☐ Filiforme

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

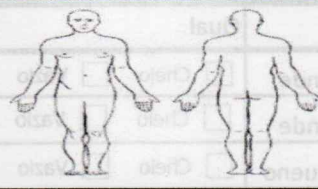
**Membros Superior** ☐ Alterados ☒ Não Alterados **Membros Inferiores** ☒ Alterados ☐ Não Alterados

Sinais Vitais							
HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4 <input type="checkbox"/> voz 3 <input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input checked="" 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	<input checked="" 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	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** Alexandra Brilhante Silva dos Santos **assinatura** [assinatura]  
**RG/CPF** 40935436-3 / 368 289 468-39



## Observações Médicas / Enfermeiros

Criança ative, reativa, euprética, em APO. Mantendo SRT em dorso da mão (D) para sinais flogísticos. Transferido para Santa Casa de Graça; em ambulância simples, acompanhado por mãe e enfermeira. Sem nenhuma intervenção no trajeto.

Cassia Jane de Toledo  
COREN - SP 514223 - ENF

## Materiais Utilizados

alimentação

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
Cassia Jane de Toledo
COREN - SP 514223 - ENF
Data 20/12/25

Conductor Socorrista
Data ____/____/____