

# Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

318

<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA	<input 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 type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR		<input checked="" 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 CASA DE SAÚDE Solicitante \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_Origem: Hospital do Rio de Janeiro x Residência PindamonhangabaNome: José Roberto Puppioli Neto Idade \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_Sexo  Masculino Feminino

## SUS / CONVENIO

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>375466</u>	km <u>575301</u>	km	km	km
	Hora Chegada <u>17:30</u>	Hora Chegada	Hora Chegada	
Hora <u>17:00</u>	Hora Saída	Hora Saída	Hora Saída	
	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	Hora

Neurológica  Lúcido  Orientado  consciente  Confuso  Comunicativo  Não VerbalizaPupilas  Isocôricas  Anisocorica  Midriátrica  Miotica  D ou E  É MaiorRespiratória  Eupnêico  Taquipneico  Bradipneico  Dispneico  ApneiaCirculatório  Normocárdico  Tarquicardico  Bradicardico  FiliformeAbdomem  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

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Espontânea 4 | <input type="checkbox"/> Orientada 5                |
| <input type="checkbox"/> voz 3        | <input type="checkbox"/> Confusa 4                  |
| <input type="checkbox"/> A dor 2      | <input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3      |
| <input type="checkbox"/> Nenhuma 1    | <input type="checkbox"/> Palavras Incomprêencivas 2 |
|                                       | <input type="checkbox"/> Nenhuma 1                  |

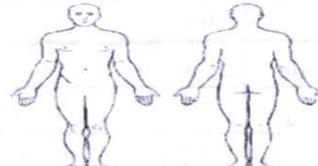
## Resposta Motora

- |   |
|---|
| <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                  |

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.

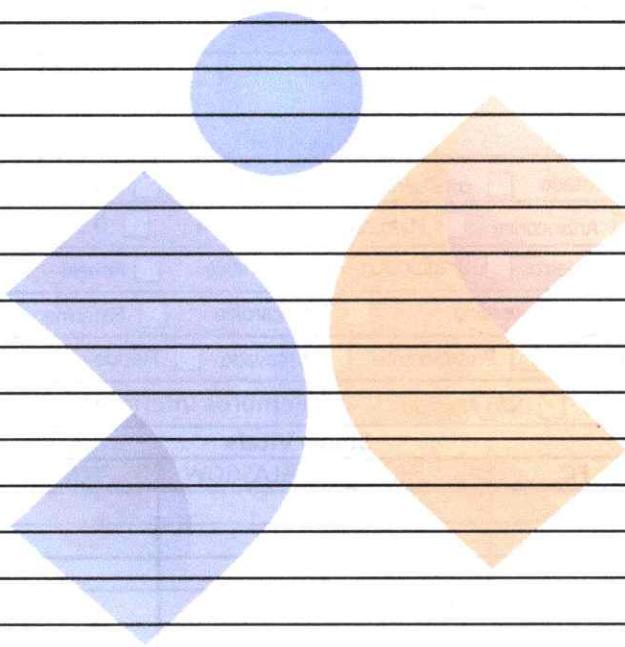
Estou ciente das intervenções necessárias da equipe médica para a segurança do transporte, e dos eventuais riscos que envolvam a viagem que será realizada

Nome	assinatura
RG/CPF	

## Observações Médicas / Enfermeiros

ATENÇÃO Remocao come el agua (pela base) da origem da origem

Eliane de Souza  
Enfermeira  
Corpo SP 18312



## 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 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Enfermeiro Responsável

Eliane de Souza  
Enfermeira  
Corpo SP 18312

Data 26 / 03 / 25

Condutor Socorrista

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_