

# Ficha de Acompanhamento

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 MUNICIPAL S. Solicitante NIR Data 07/03/25

Origem: HRVD Jaurati x Santa Rosa Mercedes

Nome: Luiz Carlos dos Santos Idade 71 Contato: \_\_\_\_\_

Sexo ☒ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>174465</u>	km <u>174472</u>	km <u>174516</u>	km	km <u>1</u>
	Hora Chegada <u>16:12</u>	Hora Chegada <u>17:19</u>	Hora Chegada	
	Hora Saída <u>16:24</u>	Hora Saída <u>17:21</u>	Hora Saída	
Hora <u>16:00</u>	Visto Origem <u>Eduardo F. de Araujo</u> Técnico de Enfermagem COREN-SP 1678534	Visto Destino <u>Tales Vitor da Silva</u> Enfermeiro Coren-SP 842144	Vista Destino	Hora

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

Pupilas ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Midriática ☐ Miotica ☐ 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

- ☐ Espontânea 4  
☐ voz 3  
☐ A dor 2  
☐ Nenhuma 1

## Resposta Verbal

- ☐ Orientada 5  
☐ Confusa 4  
☐ Palavras Impróprias 3  
☐ Palavras Incompreensivas 2  
☐ Nenhuma 1

## Resposta Motora

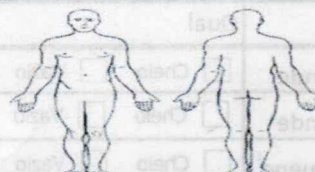
- ☐ Obedece comandos 6  
☐ Localiza Dor 5  
☐ Movimentos de retardia 4  
☐ Flexão Anormal 3  
☐ Extensão Anormal 2  
☐ Nenhuma

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									

AUP  
MS(E)



## 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

16:10h = Chego ao hospital de origem (HRUP),  
paciente em leito vestido p/ sua própria  
seguença, Coniente, Com sentidos de  
confusão leve, normocárdico afelie, AUP  
em M 5 (E), transpso paciente p/ mesa e en-  
caminto p/ ambulância.

17:14h = Chego ao hospital de destino  
paciente encaminhado p/ UTI da Santa  
Casa de Gracido.

## 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

Enfermagem Responsável

Condutor Socorrista

Data

Data

Data

16/03/25

07/03/25

07/03/25