

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR 798

<input 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 type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT	

Tipos de Exames CATE TOMO RX CPRS PET SCAM
 GTT TQT/TQM US RMN T. C. HIPER. Outros:

EMPRESA *Promed* Solicitante *Contabil Vagos* Data *24/10/25*

Origem: *Vop. 10 febre* x *Kleberácia* x *Vop. 10 febre*

Nome: *Anessia Santos Pereira* Idade _____ Contato: _____

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO

Bradesco

Nº CARTEIRINHA *775242000841002*

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <i>73027</i>	km <i>73038</i>	km <i>73059</i>	km <i>73080</i>	km <i>73088</i>
Hora <i>06:50</i>	Hora Chegada <i>07:20</i> Hora Saida <i>07:56</i>	Hora Chegada <i>08:15</i> Hora Saida <i>10:55</i>	Hora Chegada <i>11:25</i> Hora Saida <i>11:40</i>	Hora <i>12:00</i>

Neurológica Lúcido Orientado consciente Confuso Comunicativo Não Verbaliza

Pupilas Isocôricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnélico Taquipneico Bradipneico Dispneico 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

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

Resposta Verbal

- Orientada 5
- Confusa 4
- Palavras Improórias 3
- Palavras Incomprêencivas 2
- Nenhuma 1

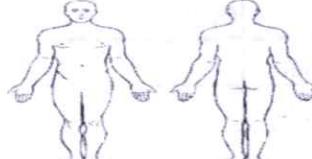
Resposta Motora

- Obdece 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

*AUS
MSL(E)
5-20*



	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

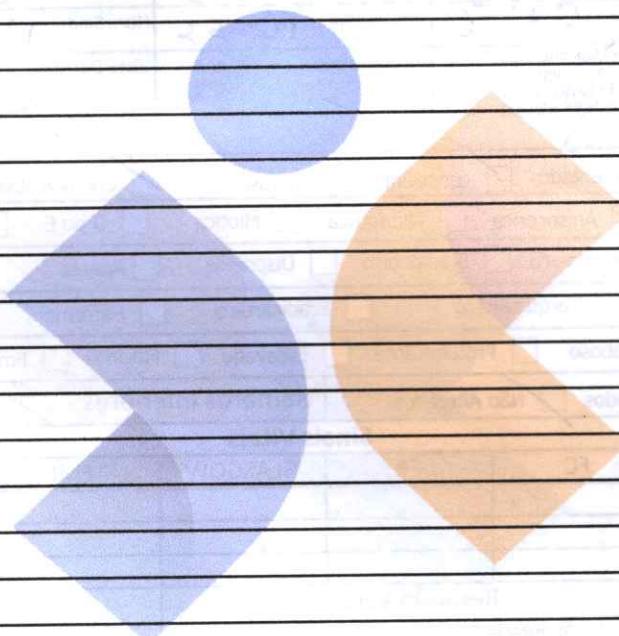
Nome

assinatura

RG/CPF

Observações Médicas / Enfermeiros

07:20h = Chegou ao hospital de viagem paciente consciente, orientado, alerta, eupneico, hemocaidico, mantendo AVP em MS(E) 3:00 infusamente MI(E), limpo e seco.
 07:55h = Transferiu paciente para vaga e condutor oiamenâncio.
 10:55h = Saia do hospital de destino.
 11:25h = Chegou aos hospitais de viagem sem inconsciência. ainc.m.



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 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	

Médico Responsável
Data _____/_____/_____

Enfermagem Responsável
Ainc.m
Data 24/03/25

Condutor Socorrista
Lucas M
Data 24/3/25

**GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT**