

# Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

318

☐ 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 ☐ T. C. HIPER. ☐ Outros  
☐ GTT ☐ TQT/TQM ☐ US ☐ RMN

EMPRESA ACC DEMÓFON Solicitante FABIO R. Data 24.01.25

Origem: H.R.V.P. x H.VIVALE x

Nome: MARIA LUCINEIA M. SANTOS Idade 58 Contato:

Sexo ☐ Masculino ☒ Feminino

SUS / CONVENIO SUL AMERICA Nº CARTEIRINHA 88888005190040021

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
<u>170 350</u>	<u>171379</u>	<u>171429</u>		
	Hora Chegada <u>05:23</u>	Hora Chegada <u>06:44</u>	Hora Chegada	
	Hora Saida <u>05:39</u>	Hora Saida <u>07:00</u>	Hora Saida	
Hora	Visto Origem <u>04:50</u>	Vista Destino <u>07:00</u>	Vista Destino	Hora
	<u>Pollane Viçoso de Oliveira</u> Enfermeira COREN-SP: 565399	<u>Luana de Oliveira Zambon</u> COREN-SP: 568.635 ENF		

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
<u>05:40</u>	<u>190x80</u>	<u>41</u>	<u>17</u>	<u>15</u>	<u>36.5</u>	<u>99%</u>	

### Abertura ocular

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

### Resposta Verbal

☒ Orientada 5  
☐ Confusa 4  
☐ Palavras Improórias 3  
☐ Palavras Incomprêensivas 2  
☐ Nenhuma 1

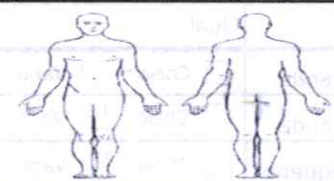
### Resposta Motora

☒ 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									



## 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

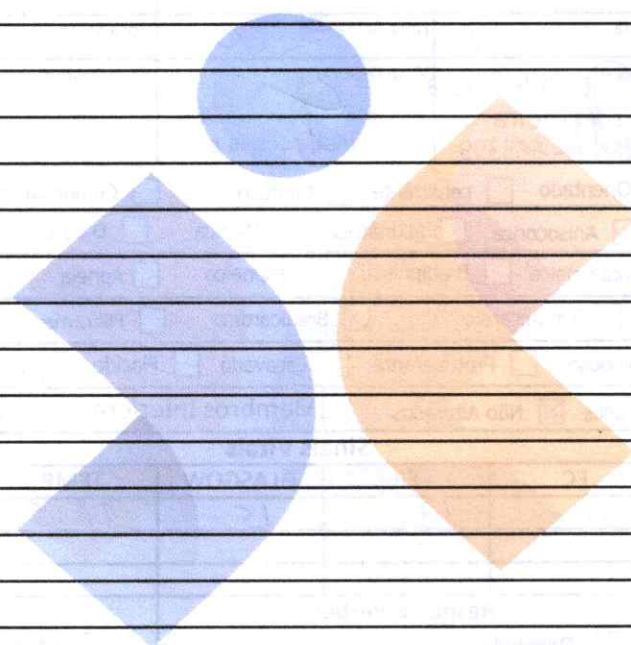
Nome \_\_\_\_\_ assinatura \_\_\_\_\_  
 RG/CPF \_\_\_\_\_



## Observações Médicas / Enfermeiros

Recebemos paciente feminina com transferência N., quadro de bradicardia, respirando em ar ambiente, AUP em MSD. Entregamos a paciente ao destino sem intercorrências.

*Genia*



## 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

*42184*

Data

Enfermagem Responsável

*Enike 601032*

Data

Conductor Socorrista

*[Signature]*

Data