

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 checked="" type="checkbox"/> EVENTOS	<input type="checkbox"/> PARTICULAR	<input type="checkbox"/> APH
<input type="checkbox"/> EXAMES	<input type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR		<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	<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 P. Piomba

Solicitante

P. Piomba

Data

26.4.25

Origem: Olhos se fundos Prof. Jônacel Beno Ribeiro

Nome: Voltei Adapado Idade Contato:

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 179147	km 179181	km	km	km 179200
Hora Chegada 00:21	Hora Chegada	Hora Chegada	Hora Chegada	

Hora 07:00

Hora Saidas 18:46

Queda

Vista Origem

Vista Destino

Hora

19:30

Neurológica Lúcido Orientado Consciente Confuso Comunicativo Não VerbalizaPupilas Isocôricas Anisocôrica Midriátrica Miotica D ou E É MaiorRespiratória Eupnéico 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

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

Resposta Verbal

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

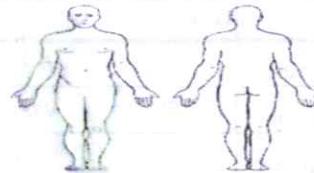
Resposta Motora

- 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

	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

16:50 paciente é acionado para atendendo fura a hora
de seu trabalho hora - paciente qd pc. accompany-
ante da mui dona helena bento de sampaio
a paciente informa qd ultimamente qd ultima
temperatura alta e por causa proprio qd ultima qd res-
posta qd compreensão de fome e dor abdominal paciente tem 20%
a paciente ultima qd ultima vez devo ultima qd
qd ultima apresentou de febre e dificuldade de respirar
primeira qd bruxa deixa ao médico. paciente de-
ci qd em qd a religião romântica qd um pa dentro qd
qd de fome qd a resposta dura qd ultima
fumar o cigarro qd qual tipo acompanhante qd
ora respondendo fura dona helena bento. solicidade qd
da enfermeira marta qd ultima qd ultima qd pq perdeu qd
muitos

Eliane de Souza
Enfermeira
CRA/SP 189978

Materiais Utilizados

REFAU VIDAS

REFEIÇÃO

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 CRA/SP 189978
Data 26/04/25

Condutor Socorrista
Locas H
Data 26/04/25