

Ficha de Acompanhamento

OS

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

CLIENTE Unimed Jauhatá Solicitante Centrae Vagas Data 22/04/23

Origem: Unimed Jauhatá x Sp. Jo. Paulo x

Nome: Bianca Patricia Ceres de Oliveira Idade 40 Contato:

SEXO ☐ Masculino ☒ Feminino

SUS / CONVENIO Unimed

Nº CARTEIRINHA 08652616025257007

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>178555</u>	km <u>178555</u>	km <u>178573</u>	km	km <u>178580</u>
Hora Saída	Hora Saída	Hora Saída	Hora Saída	Hora Saída
<u>00:30</u>	<u>00:30</u>	<u>00:40</u>	<u>00:50</u>	<u>01:30</u>
Visto Origem	Visto Destino	Visto Destino	Visto Destino	Visto Destino
<u>00:30</u>	<u>00:30</u>	<u>00:40</u>	<u>00:50</u>	<u>01:30</u>

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

Pupilas ☒ Isocóricas ☐ Anisocórica ☐ Midrítrica ☐ Miotica ☐ D ou E ☐ É Maior

Respiratória ☒ Eupnéico ☐ Taquipneico ☐ Bradipneico ☐ 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 Improórias 3
☐ Palavras Incomprêncivas 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									

AUP

MS(D)

5=22



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

00:30 h = Chego ao Hospital de Origem paciente em leito, consciente, orientado, em A.P, apnéia, eupneica, normocárdica, mantendo AUP em M S/D J=22, transpico para mdo e conduzo a am- bulância.

00:40h = Chego ao Hospital destino, deixo pa- ciente aos cuidados da equipe do G.O.U

Materiais Utilizados

REALVIDAS

Pedagios		Qual			Refeição / Lanche		Sim	Não
Oxigênio	01 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso	Quanto Bar Utilizou			
	02 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso	Quanto Bar Utilizou			
	03 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso	Quanto Bar Utilizou			
	04 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso	Quanto Bar Utilizou			

Médico Responsável

Data

Enfermagem Responsável

Data

Condutor Socorrista

Data