

# Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

318

<input type="checkbox"/> BÁSICA	<input checked="" 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	<input type="checkbox"/> CATE	<input type="checkbox"/> TOMO	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	Outros
	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT/TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T.C. HIPER.	

CLIENTE Ronald Solicitante C. V. S. G. Data 25/04/2017  
 Origem: Hospital Onofre Otávio Júnior x UEC - Hospital Júnior x

Nome: Enivaldo Itamar Prado Fernuda Idade 37 Contato:

Sexo  Masculino  Feminino

SUS / CONVENIO

## Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <b>178967</b>	km <b>179038</b>	km <b>179058</b>	km <b>179077</b>	km <b>179147</b>
Hora Chegada <b>18:49</b>	Hora Chegada <b>19h28</b>	Hora Chegada <b>21h30</b>	Hora Chegada <b>21h40</b>	Hora <b>23:20</b>

Neurológica	<input checked="" type="checkbox"/> Lúcido	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Confuso	<input type="checkbox"/> Comunicativo	<input type="checkbox"/> Não Verbaliza
Pupilas	<input checked="" type="checkbox"/> Isocôricas	<input type="checkbox"/> Anisocorica	<input type="checkbox"/> Midriátrica	<input type="checkbox"/> Miotica	<input type="checkbox"/> D ou E	<input type="checkbox"/> É Maior
Respiratória	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéico	<input type="checkbox"/> Taquipneico	<input type="checkbox"/> Bradipneico	<input type="checkbox"/> Dispneico	<input type="checkbox"/> Apneia	
Circulatório	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Tarquicardico	<input type="checkbox"/> Bradicardico	<input type="checkbox"/> Filiforme		
Abdomem	<input type="checkbox"/> Plano	<input checked="" type="checkbox"/> Globoso	<input type="checkbox"/> Protuberante	<input type="checkbox"/> Escavado	<input checked="" type="checkbox"/> Flácido	<input type="checkbox"/> Em Avental
Membros Superior	<input type="checkbox"/> Alterados	<input checked="" type="checkbox"/> Não Alterados		Membros Inferiores	<input type="checkbox"/> Alterados	<input checked="" type="checkbox"/> Não Alterados

## Sinais Vitais

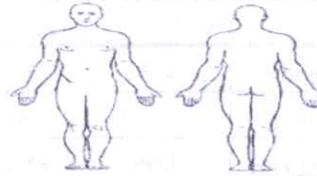
HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
18:54	117/74	74	15	15	36.5	98.1	-

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motoria
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4	<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5	<input checked="" type="checkbox"/> Obdece comandos 6
<input type="checkbox"/> voz 3	<input type="checkbox"/> Confusa 4	<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5
<input type="checkbox"/> A dor 2	<input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3	<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Palavras Incomprêencivas 2	<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3
	<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2
		<input type="checkbox"/> 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

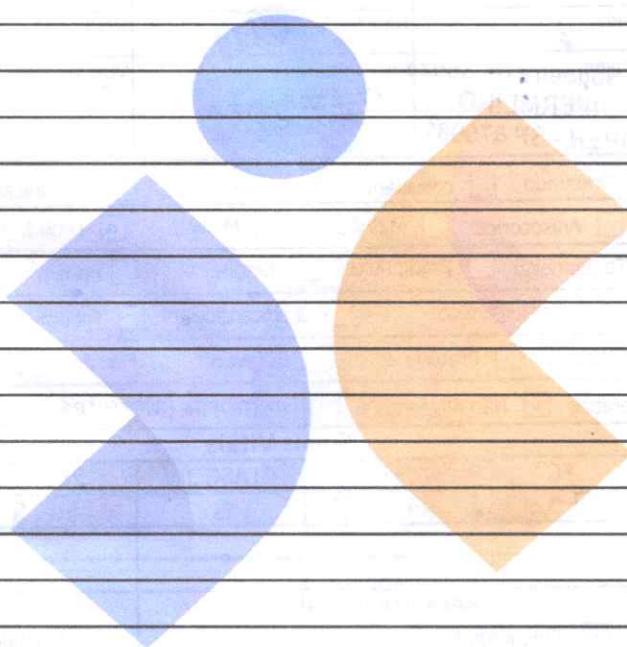
Declaro que fui orientado pela equipe da ambulância e médicos verbalmente sobre o quadro clínico do paciente.  
 Estou ciente e orientado do quadro clínico do paciente para transporte e dos riscos envolvidos no transporte, podendo o paciente apresentar quadro clínico de instabilidade durante o percurso.  
 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 Fátrana Cpa Costa Machado  
 RG/CPF 32179013809

assinatura J. F. Machado

## Observações Médicas / Enfermeiros

++ Recebo paciente estável, eupneico em AR ambiente, consciente, lucido e orientado, BEG, sat 98%, FC 74 PA 117x74 mmHg. às 19h05. Chegada em STC 19h37, paciente estável, eupneico em AA, FC 64 bpm, saturando 97%. Fim do encarte 21h00 sem intubações. 21h06 saída do hospital Viradouro, paciente estável, eupneico em AA BEG. Entregue paciente hospital de origem 21h40 sem intubações. ++



## Materiais Utilizados

Médico: 17h20 → entroua // refeição.

Enfermeira: 17h00 → entroua // 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 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	

Médico Responsável	
<i>Dra. Lara F. Polzatto</i>	
Médica	CRM: 264.830
Data	25/10/25

Enfermagem Responsável	
<i>Daniela de Oliveira Mello</i>	
Enfermeira	COPEN SP 000001
Data	25/10/25

Condutor Socorrista	
<i>LUCAS Lima</i>	
Data	25/10/25