

# Ficha de Acompanhamento

OS  
VTR 520

<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 checked="" 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  PET SCAM  
 GTT  TQT/TQM  US  RMN  T. C. HIPER. **Outros** mamografia

**EMPRESA** H. CEPOS. **Solicitante** C. VASCONCELOS **Data** 10/03/25

**Origem:** H. CEPOS. **x CLÍNICA SANTA ROSA** **x H. CEPOS.**

**Nome:** Leonorina B. do Conceição. **Idade** 53 **Contato:**

**Sexo**  Masculino  Feminino

**SUS / CONVENIO** UNIMED. **Nº CARTEIRINHA**

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 139944	km 190019	km 190015	km 190016	km
	Hora Chegada 13:45	Hora Chegada 14:22	Hora Chegada 14:32	
	Hora Saida 14:30	Hora Saida 1427	Hora Saida 14:40	
Hora 13:00	Visto Origem Clínica da Santa Rosinha - FAPE	Vista Destino Domnick	Vista Destino Clínica da Santa Rosinha - FAPE	Hora

**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	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input type="checkbox"/> Espontânea 4	<input type="checkbox"/> Orientada 5	<input 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 \_\_\_\_\_ assinatura \_\_\_\_\_

RG/CPF \_\_\_\_\_

# Observações Médicas / Enfermeiros

13:45h = Chego ao hospital de urgência, paciente em carro hospitalar consciente, orientado, alerta, eupneico, tachicardico, mantendo APU em 15( ), transfui paciente para maca, e encaminho para emergência.

14:02h = Chego ao hospital de destino para realização de exame, sem intercorrências

14:32h = Retorno com paciente ao hospital de urgência, sem intercorrências.

## Materiais Utilizados

REAL VIDAS

Pedágios	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

*Wise C.N*  
Data 10/03/25

Condutor Socorrista

Data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_