

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

798

☒ BASICA
 ☐ 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.
☐ GTT
 ☐ TQT/TQM
 ☐ US
 ☐ RMN
 Outros

EMPRESA

4.000f.

Solicitante

C. V. P. J. A. S.

Data

18/03/25

Origem:

Hosp. Epog

x

Hosp. Caparao

x

Nome:

Julio da Santos Ribeiro

Idade

21

Contato:

Sexo

☐ Masculino

☒ Feminino

SUS / CONVENIO

Unimed

Nº CARTEIRINHA

97000890022715 76

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 72350	km 72350	km 72427	km	km
	Hora Chegada 15:21	Hora Chegada 16:26	Hora Chegada	
	Hora Saida 15:33	Hora Saida 16:38	Hora Saida	
Hora 15:21	Visto Origem Elaine	Vista Destino Jessica Mayra S. Moraes Enfermeira Coren/SP 361148	Vista Destino	Hora

Neurológica

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

Pupilas

☒ Isocóricas
☐ Anisocóricas
☐ Midríatica
☐ Miotica
☐ D ou E
☐ É Maior

Respiratória

☒ Eupnéico
☐ Taquipnéico
☐ Bradipnéico
☐ Dispneico
☐ Apneia

Circulatório

☒ Normocárdico
☐ Taquicárdico
☐ 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 Incompreêncivas 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									

Pice
 MS(D)
 antebraço



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

15:21h: Chego ao hospital de origem paciente deambulando, consciente, Orientado, espúica vaginal, normotensiva, mantendo PICC em antebraço (2), transfusor mda e conduzo a ambulância.

16:26h: Chego ao hospital de destino

16:30h: Saio do hospital de origem sem intercorrência.

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	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

Data

Condutor Socorrista

Data