

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

358

☒ 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 ☐ Outros
☐ GTT ☐ TQT/TQM ☐ US ☐ RMN ☐ T. C. HIPER.

EMPRESA D. nomea Solicitante Central do Bazar Data 14/03/25

Origem: Hospital Leonor Mendes Bazar x Hospital Rio XII

Nome: GUSTAVO DE SOUZA RENO Idade 15 Contato: _____

Sexo ☒ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

4697711100001596

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>175170</u>	km <u>175231</u>	km <u>71370</u>	km	km <u>71428</u>
	Hora Chegada <u>14:00</u>	Hora Chegada <u>17:30</u>	Hora Chegada	
	Hora Saida <u>14:30</u>	Hora Saida <u>17:37</u>	Hora Saida	
Hora <u>13:00</u>	Visto Origem <u>(16:00)</u>	Vista Destino	Vista Destino	Hora <u>18:33</u>

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

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

Respiratória ☒ Eupnéico ☐ Taquipnéico ☐ Bradipnéico ☐ 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 Incompreêncivas 2
☐ Nenhuma 1

Resposta Motora

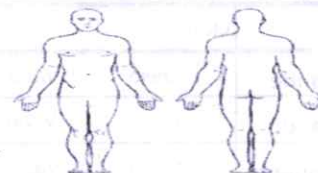
- ☐ Obcede comandos 6
☐ Localiza Dor 5
☐ Movimentos de retardia 4
☐ Flexão Anormal 3
☐ Extensão Anormal 2
☐ Nenhuma

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)
 T=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

14:08h = Chego no Hospital de origem, paciente consciente, orientado, afilil, dispneico, raiomocárdio, em cama hospitalar, transfeio paciente para maca e conduzo a ambulância.
 16:00h = Saio para Hospital de destino.
 17:30h = Chego ao Hospital de destino, conduzo paciente para o leito 123, único, ao Cuidado do Enfermeiro.

Materiais Utilizados

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

Conductor Socorrista

Data

Receituário

Gustavo de Souza Ramos 7711100001196
Solicitado
- Ambulância
simples

13/3/25

Dr. Guilherme P. Cardoso
Médico
CRM-SP 167.010

Hospital Leonor Mendes de Barros
Rua Agripino Lopes de Moraes, 101 - Vila Mathilde
Campos do Jordão/SP - Cep: 12.460-000
E-mail: secretaria@saocamilo-hlmb.org.br

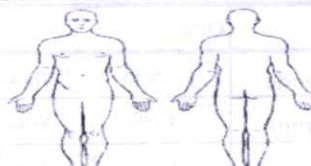
Tel.(12) 3668-9000
3668-9001

HC 5176

OS	
VTR 358	
<input type="checkbox"/> PARTICULAR	<input type="checkbox"/> APH
<input type="checkbox"/> SIV - INT	
Data 14/03/25	
Hospital Pio XII	
Chegada Base	
km	72428
Hora	18:33
<input type="checkbox"/> Não Verbaliza	
Maior	
Gravídico	<input type="checkbox"/>
Não Alterados	<input type="checkbox"/>
Sat O2	Hgt
Resposta Motora	
mandos 6	
r 5	
s de retardia 4	
rmal 3	
normal 2	
Mse	Mid
Mie	

TRAUMA	Cont									
	Ferim									
	Luxa									
	Frat									
	Lace									
	Secq									
QUEIMADURAS										
	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perin	Msd	Mse	Mid	Mie	
I										
II										
III										

AUP
MS(D)
T=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	