

# Ficha de Acompanhamento

OS  
VTR 318

|  |  |                                       |  |                                   |                                     |                                     |                              |
|--|--|---------------------------------------|--|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|
| <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"/> INTERNAÇÃO | <input type="checkbox"/> SIV - INT  |                              |

|                        |                               |                                  |                             |                               |                                       |                                 |                   |
|------------------------|-------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|-------------------|
| <b>Tipos de Exames</b> | <input type="checkbox"/> CATE | <input type="checkbox"/> TOMO    | <input type="checkbox"/> RX | <input type="checkbox"/> CPRS | <input type="checkbox"/> PET SCAM     | <input type="checkbox"/> Outros | <i>Referência</i> |
|                        | <input type="checkbox"/> GTT  | <input type="checkbox"/> TQT/TQM | <input type="checkbox"/> US | <input type="checkbox"/> RMN  | <input type="checkbox"/> T. C. HIPER. |                                 |                   |

|                |              |                    |                           |             |                   |
|----------------|--------------|--------------------|---------------------------|-------------|-------------------|
| <b>EMPRESA</b> | <i>Cepog</i> | <b>Solicitante</b> | <i>Central de Resgate</i> | <b>Data</b> | <i>10.12.2024</i> |
|----------------|--------------|--------------------|---------------------------|-------------|-------------------|

|                |   |               |           |                 |                    |
|----------------|---|---------------|-----------|-----------------|--------------------|
| <b>Origem:</b> | <i>Hospital Cepog Guara x Flávio Monteiro</i> | <b>Idade:</b> | <i>37</i> | <b>Contato:</b> | <i>12997070212</i> |
|----------------|---|---------------|-----------|-----------------|--------------------|

|              |   |             |   |                                   |                       |                            |
|--------------|---|-------------|---|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------|
| <b>Nome:</b> | <i>Carlos Eduardo Menegotto Confatini</i> | <b>Sexo</b> | <input checked="" type="checkbox"/> Masculino | <input type="checkbox"/> Feminino | <b>Nº CARTEIRINHA</b> | <i>0090 04220045643006</i> |
|--------------|---|-------------|---|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------|

| <b>SUS / CONVENIO</b>       | <i>Unimed</i>  | <b>Origem</b>                | <b>Destino</b>            | <b>Destino</b>    | <b>Chegada Base</b> |
|-----------------------------|--|------------------------------|---------------------------|-------------------|---------------------|
| km <i>167842</i>            | km <i>167881</i>   | km <i>167882</i>             | km <i>167883</i>          | km <i>167924</i>  |                     |
| Hora <i>10:54</i>           | Hora Chegada <i>11:45</i>  | Hora Chegada <i>12:08</i>    | Hora Chegada <i>14:04</i> | Hora <i>14:15</i> |                     |
| Vista Origem <i>Elaine.</i> | Vista Destino <i>Maria Souza Magalhães<br/>Técnica de Enfermagem<br/>Coren 26274</i> | Vista Destino <i>Elaine.</i> |                           | Hora <i>15:00</i> |                     |

|                    |                                 |                                    |                                    |                                       |                                       |
|--------------------|---------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>Neurológica</b> | <input type="checkbox"/> Lúcido | <input type="checkbox"/> Orientado | <input type="checkbox"/> Conciente | <input type="checkbox"/> Desorientado | <input type="checkbox"/> Inconsciente |
|--------------------|---------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|

|                |                                     |                                      |                                      |                                  |                                 |                                  |
|----------------|-------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| <b>Pupilas</b> | <input type="checkbox"/> Isocôricas | <input type="checkbox"/> Anisocôrica | <input type="checkbox"/> Midriátrica | <input type="checkbox"/> Miotica | <input type="checkbox"/> D ou E | <input type="checkbox"/> É Maior |
|----------------|-------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|

|                     |                                   |                                      |                                      |                                 |  |                               |                                   |
|---------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|--|-------------------------------|-----------------------------------|
| <b>Respiratória</b> | <input type="checkbox"/> Eupnêico | <input type="checkbox"/> Taquicardia | <input type="checkbox"/> Bradicardia | <input type="checkbox"/> Apnéia | <input type="checkbox"/> Cheyne Stokes | <input type="checkbox"/> Biot | <input type="checkbox"/> Kussmaul |
|---------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|--|-------------------------------|-----------------------------------|

|                     |   |                                    |                                    |                                    |                                    |                                    |                                    |
|---------------------|---|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Circulatório</b> | <input type="checkbox"/> Pulso normocadiaco | <input type="checkbox"/> Ritítmico | <input type="checkbox"/> Arritmico | <input type="checkbox"/> Dicrotico | <input type="checkbox"/> Taquifgma | <input type="checkbox"/> Brasifgma | <input type="checkbox"/> Filiforme |
|---------------------|---|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|

|                |                                |                                  |                                       |                                   |                                  |                                     |
|----------------|--------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Abdomem</b> | <input type="checkbox"/> Plano | <input type="checkbox"/> Globoso | <input type="checkbox"/> Protuberante | <input type="checkbox"/> Escavado | <input type="checkbox"/> Flácido | <input type="checkbox"/> Em Avental |
|----------------|--------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|

|                         |                                    |  |                           |                                    |  |
|-------------------------|------------------------------------|--|---------------------------|------------------------------------|--|
| <b>Membros Superior</b> | <input type="checkbox"/> Alterados | <input type="checkbox"/> Não Alterados | <b>Membros Inferiores</b> | <input type="checkbox"/> Alterados | <input type="checkbox"/> Não Alterados |
|-------------------------|------------------------------------|--|---------------------------|------------------------------------|--|

## Sinais Vitais

| HORA | PA | FC | FR | GLASGOW | TEMP | Sat O2 | Hgt |
|------|----|----|----|---------|------|--------|-----|
|      |    |    |    |         |      |        |     |
|      |    |    |    |         |      |        |     |
|      |    |    |    |         |      |        |     |
|      |    |    |    |         |      |        |     |

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

| <b>TRAUMA</b> | <b>Descrição</b>  | Crâ | Face | Col | Tór | Bac | Msd | Mse | Mid | Mie |
|---------------|-------------------|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
|               | <b>Escoriação</b> |     |      |     |     |     |     |     |     |     |
|               | Cont              |     |      |     |     |     |     |     |     |     |
|               | Ferim             |     |      |     |     |     |     |     |     |     |
|               | Luxa              |     |      |     |     |     |     |     |     |     |
|               | Frat              |     |      |     |     |     |     |     |     |     |
|               | Lace              |     |      |     |     |     |     |     |     |     |
|               | Secç              |     |      |     |     |     |     |     |     |     |

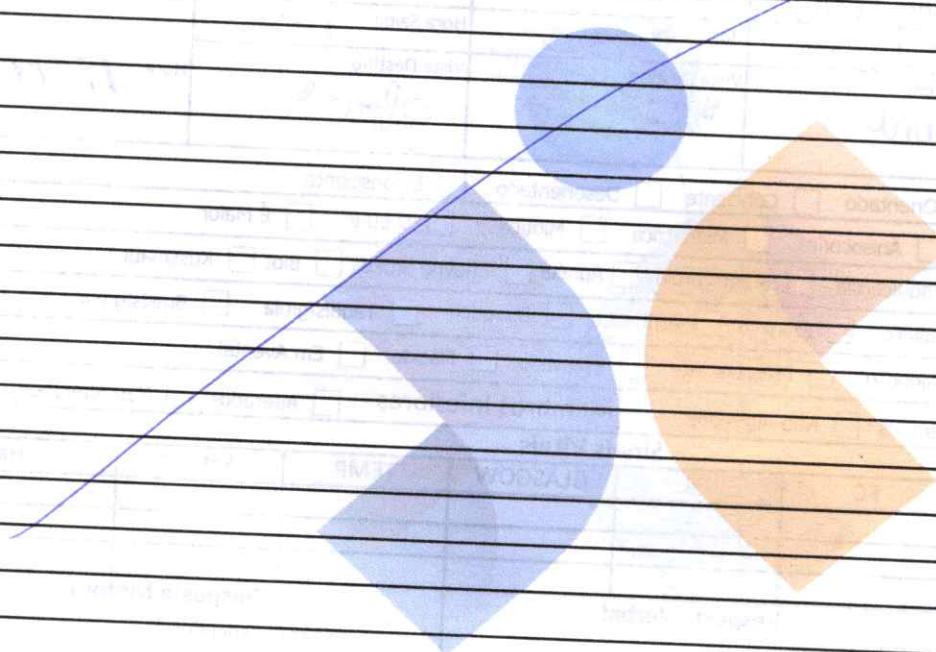
|  | QUEIMADURAS |      |       |      |       |     |     |     |
|--|-------------|------|-------|------|-------|-----|-----|-----|
|  | Cab         | Pesc | T Ant | Tpos | Perín | Msd | Mse | Mid |
|  | I           |      |       |      |       |     |     |     |
|  |             |      |       |      |       |     |     |     |
|  |             |      |       |      |       |     |     |     |
|  |             |      |       |      |       |     |     |     |

| <b>Consentimento para transporte de Pacientes</b>   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|               |                                    |                   |
|---------------|------------------------------------|-------------------|
| <b>Nome</b>   | <i>Manoel Darci Júnior Almeida</i> | <b>assinatura</b> |
| <b>RG/CPF</b> | <i>253140943</i>                   | <i>Darci</i>      |

### **Observações Médicas / Enfermeiros**

10:54 - Saído da base para o hospital cepog em guara 11:45-  
chegado no hospital cepog 12:05 - Saído do hospital cepog  
para clínico santo rosa 12:08 - chegado na clínico  
santo rosa 13:50 - Saído do clínico santo rosa 14:04-  
chegado ao hospital cepog para o paciente retornar ao hospital  
14:15 - Saída do hospital para base sem intercorrência



## **Materiais Utilizados**

# REAL VIDAS

| 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 - Pegueno | <input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso | Quantos Bar Utilizou |     |  |     |
|          |              |   |                      |     |  |     |

**Médico Responsável**

**Enfermagem Responsável**

**Condutor Socorrista**