

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

318

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

EMPRESA Promed S.A. Solicitante CENAL DE VAGAS Data 24/01/25

Origem: P.A. STA CASA LORENA x INST STA ROSA LORENA x P.A. STA CASA LORENA

Nome: THALITA MIDIA LOPES DOS SANTOS Idade 29 Contato: _____

Sexo ☐ Masculino ☒ Feminino

SUS / CONVENIO BRADESCO Nº CARTEIRINHA 802505230452540

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>071495</u>	km <u>171545</u>	km <u>171547</u>	km <u>171548</u>	km <u>171600</u>
	Hora Chegada <u>09:25</u>	Hora Chegada <u>10:07</u>	Hora Chegada <u>13:34</u>	
	Hora Saída <u>10:00</u>	Hora Saída <u>13:27</u>	Hora Saída <u>13:45</u>	
Hora <u>08:30</u>	Vista Origem <u>Cláudia dos Santos Silva</u> <u>Coren-SP 822671-EMF</u>	Vista Destino <u>Prochelo Gama</u>	Vista Destino	Hora <u>14:40</u>

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

Pupilas ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Midriática ☐ 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
<u>10:50</u>	<u>120x80</u>	<u>79</u>	<u>18</u>	<u>15</u>	<u>36.5</u>	<u>99%</u>	

Abertura ocular

- ☒ Espontânea 4
☐ voz 3
☐ A dor 2
☐ Nenhuma 1

Resposta Verbal

- ☒ Orientada 5
☐ Confusa 4
☐ Palavras Improórias 3
☐ Palavras Incomprêensivas 2
☐ Nenhuma 1

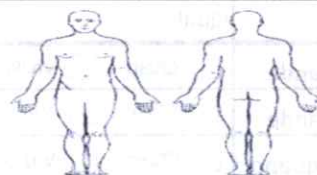
Resposta Motora

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

TRAUMA	Descrição	Crã	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 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 Ameli Ameli Lima dos Santos

RG/CPF 990-952-358-82

assinatura

Ameli Lima dos Santos

Observações Médicas / Enfermeiros

Recebemos paciente para realização de ressonância, foi realizado o exame e retornamos ao hospital de origem. Entregamos a paciente a intercorrerias.

[Assinatura]

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

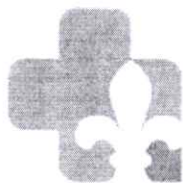
Data

601038

24/01/25

[Assinatura]

24/01/25



IRMANDADE DA SANTA CASA
DE MISERICORDIA DE LORENA

(12) 3159-3344

CNPJ 51.779.304/0001-30

Rua Dom Bosco, 562 - Centro,
Lorena/SP - CEP 12.600-100



RECEITUÁRIO

DADOS DO PACIENTE

NOME: THALITA MIDIA LOPES DOS SANTOS

NOME SOCIAL:

DATA DE NASCIMENTO: 27/12/1995

MEDICO SOLICITANTE: JULIANA GALVAO DA SILVA

CRM: 217069

SOLICITO
AMBULANCIA SIMPLES PARA TRANSPORTE HOSPITALAR
PACIENTE ESTAVEL
GRATA

[Handwritten signature in blue ink]
JULIANA GALVAO DA SILVA
CRM SP 217069

LORENA, 21/01/2025



<https://qr.codelabs.com.br/SCLN0x2N1A2N1x>
Verifique a validade do documento através do QRCode:

Documento assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001, resolução CFM 1921/2007, no sistema certificado SCS-ICM nº 063, por
Estatuto: Assinatura Digital válida
JULIANA GALVAO DA SILVA, CPF 43079395816, às 08:05 BRT de 21/01/2025.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (BRT).



santacasadelorena

Data criação: 21/01/2025 08:05

Prestador: JULIANA GALVAO DA SILVA - Conselho: 217069