

# Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

308

|                                 |   |                                       |  |                                   |                                     |                                     |                              |
|---------------------------------|---|---------------------------------------|--|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|
| <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 type="checkbox"/> EXAMES | <input checked="" 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     | <b>Outros</b> |
|                        | <input type="checkbox"/> GTT  | <input type="checkbox"/> TQT /TQM | <input type="checkbox"/> US | <input type="checkbox"/> RMN  | <input type="checkbox"/> T. C. HIPER. |               |

EMPRESA Hosp. Cepog Solicitante C. de rogas Data 23-01-25  
Origem: HADOC x Hosp. Cepog x

Nome: Edilson Flávio de Góes da Idade: 46 Contato: 12 99675-7656  
Sexo  Masculino  Feminino  
SUS / CONVENIO Unimed Nº CARTEIRINHA 00200216005075005

| Saída Base        | Origem                    | Destino                   | Destino      | Chegada Base      |
|-------------------|---------------------------|---------------------------|--------------|-------------------|
| km <u>170.800</u> | km <u>171048</u>          | km <u>171314</u>          | km           | km <u>170380</u>  |
| Hora              | Hora Chegada <u>21:10</u> | Hora Chegada <u>00:55</u> | Hora Chegada | Hora <u>01:05</u> |

Neurológica  Lúcido  Orientado  Conciente  Desorientado  Inconsciente

Pupilas  Isocôricas  Anisocôrica  Midriátrica  Miotica  D ou E  É Maior

Respiratória  Eupnéico  Taquicardia  Bradiátrica  Apnéia  Cheyne Stokes  Biot  Kussmaul

Circulatório  Pulso normocadiaco  Ritítmico  Arritmico  Dicrotico  Taquisfmgia  Brasisfmgia  Filiforme

Abdomem  Plano  Globoso  Protuberante  Escavado  Flácido  Em Avental

Membros Superior  Alterados  Não Alterados Membros Inferiores  Alterados  Não Alterados

## Sinais Vitais

| HORA         | PA            | FC        | FR        | GLASGOW   | TEMP        | Sat O2     | Hgt |
|--------------|---------------|-----------|-----------|-----------|-------------|------------|-----|
| <u>22:00</u> | <u>140x90</u> | <u>76</u> | <u>16</u> | <u>15</u> | <u>36,2</u> | <u>97%</u> |     |
|              |               |           |           |           |             |            |     |
|              |               |           |           |           |             |            |     |
|              |               |           |           |           |             |            |     |

### Abertura ocular

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

### Resposta Verbal

- Orientada 5
- Confusa 4
- Palavras Improórias 3
- Palavras Incomprêencivas 2
- Nenhuma 1

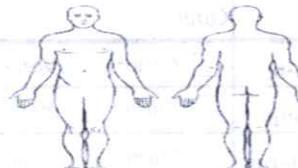
### Resposta Motora

- Obdece 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 |     |      |       |      |       |     |     |     |     |



### 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 Matheus de Autônio Góes da  
RG/CPF 490 724 278 60

assinatura Bento

## Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente consciente, orientado, calmo, com humor eufórico, afável. Mantendo SSVV estáveis. Transportado para Gravataí em ambulância simples, acompanhado pelo filho e enfermeira, com nenhuma intercorrência no trajeto.

Cassia Jane de Toledo  
COREN: SP 514223 - ENF

## Materiais Utilizados

Transporte -  
Alimentações -

**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

Data

Condutor Socorrista

Data



# HOSPITAL “AUGUSTO DE OLIVEIRA CAMARGO”

Fundação Leonor de Barros Camargo

## SOLICITAÇÃO DE TRANSPORTE

AMBULÂNCIA SIMPLES

UTI

CARRO

Nome do Paciente: *Edilson Flavio de Paula Júnior*

Idade: *46* Convênio:

Setor/Leito: *11112*

EXAME

CONSULTA

TRANSFERÊNCIA

Dia:

Horário:

Local: *UNimed Guaratinguetá*

Cidade:

Telefone:

Marcado com:

Marcado por:

Situação atual do paciente: *Paciente eupneico em ar ambiente, consciente, estável hemodinamicamente*

Diagnóstico/CID: *R41 Confusão mental*

Médico:

Obs.:

*Natália Stefano  
CRM-SP 218863*

Indaiatuba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20\_\_\_\_