

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 ☐ GTT ☐ TOT /TQM ☐ US ☐ RMN ☐ T. C . HIPER. Outros

EMPRESA A. CENE Solicitante JULIA Data 21-01-25

Origem: CEPOG x Residência x

Nome: Washington Souza Gomes Idade            Contato:             
Sexo ☒ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO NF Nº CARTEIRINHA NF

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>170719</u>	km <u>170756</u>	km <u>170770</u>	km <u>          </u>	km <u>170800</u>
	Hora Chegada <u>07:40</u>	Hora Chegada <u>8:15</u>	Hora Chegada <u>          </u>	
	Hora Saida <u>08:00</u>	Hora Saida <u>08:25</u>	Hora Saida <u>          </u>	
Hora <u>07:05</u>	Visto Origem <u>Bruno Ferrari Martins dos Santos</u> <u>COREN-SP - 182.203 - ENF</u>	Vista Destino <u>[assinatura]</u>	Vista Destino <u>          </u>	Hora <u>          </u>

Neurológica ☐ Lúcido ☐ Orientado ☐ Conciente ☐ Desorientado ☐ Inconsciente

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

Respiratória ☒ Eupnéico ☐ Taquicardia ☐ Braquicardia ☐ Apnéia ☐ Cheyne Stokes ☐ Biot ☐ Kussmaul

Circulatório ☒ Pulso normocadiaco ☐ Ritimico ☐ Arritmico ☐ Dicrotico ☐ Taquisfgmia ☐ Brasisfgmia ☐ Filiforme

Abdomem ☒ Plano ☐ Globoso ☐ Protuberante ☐ Escavado ☐ Flácido ☐ Em Avental

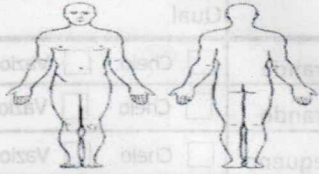
Membros Superior ☐ Alterados ☒ Não Alterados Membros Inferiores ☐ Alterados ☒ Não Alterados

Sinais Vitais							
HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
	<u>110x60</u>	<u>65</u>	<u>16</u>	<u>12</u>	<u>35,6</u>	<u>99%</u>	

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4 <input type="checkbox"/> voz 3 <input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Orientada 5 <input checked="" type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3 <input type="checkbox"/> Palavras Incomprêencivas 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Obdece comandos 6 <input type="checkbox"/> Localiza Dor 5 <input checked="" type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4 <input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3 <input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2 <input type="checkbox"/> 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 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 Marcelo M. Soares assinatura [assinatura]  
RG/CPF 37535102865



# Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente apresenta-se BGG, eupneico, em AA. Mantendo SNE em VD com oxultra positiva, máscara + hemiplégia em MMSS e MMII durm presente por super. Transportado para residência, acompanhado pelo cuidador e enfermagem sem nenhuma intercorrência no trajeto. *[assinatura]*

*Cassia Jane de Toledo*  
COREN - SP 514223 - ENF

## Materiais Utilizados

*Transporte*

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

*Cassia Jane de Toledo*  
COREN - SP 514223 - ENF

Data

*21/01/25*

Conductor Socorrista

Data

*[assinatura]*