

# Ficha de Acompanhamento

OS  
VTR 520

<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> PARTICULAR	<input type="checkbox"/> APH
<input type="checkbox"/> EXAMES	<input type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	<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 Particular Solicitante Filho Data 02/12/24

Origem: R. Raulo Geraldo Pinto n° 359 x R. gen. Júlio Salgado n° 575 x Brasileiro

Nome: Néidiane Aires Pimenta do silva Idade 73 Contato:

Sexo  Masculino

Feminino

## SUS / CONVENIO

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>138095</u>	km <u>138140</u>	km <u>138177</u>	km	km <u>138179</u>
	Hora Chegada <u>08:55</u>	Hora Chegada <u>10:00</u>	Hora Chegada	
	Hora Saida <u>09:18</u>	Hora Saida <u>10:18</u>	Hora Saida	
Hora <u>09:00</u>	Visto Origem <u>Renata</u>	Vista Destino <u>Renata S&amp;M</u>	Vista Destino	Hora <u>10:25</u>

Neurológica  Lúcido  Orientado  Conciente  Desorientado  Inconsciente

Pupilas  Isocóricas  Anisocorica  Midriátrica  Miotica  D ou E  É Maior

Respiratória  Eupnéico  Taquicardia  Bradiacardia  Apnéia  Cheyne Stokes  Biot  Kussmaul

Circulatório  Pulso normocadiaco  Ritímico  Arritmico  Dicrotico  Taquicardia  Brasisfimia  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

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motoria
<input type="checkbox"/> Espontânea 4	<input type="checkbox"/> Orientada 5	<input type="checkbox"/> Obdece comandos 6
<input type="checkbox"/> voz 3	<input type="checkbox"/> Confusa 4	<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5
<input type="checkbox"/> A dor 2	<input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3	<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Palavras Incomprêencivas 2	<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3
	<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<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	
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 Néidiane Pimenta da Silva Santiago

RG/CPF 41.222.979-1

assinatura

# Observações Médicas / Enfermeiros

08:00 saido do Iate para residência. 08:55 - chegada na casa do paciente. 09:18: saido da residência para clínica Bem Estar 10:00 - chegada na clínica Bem Estar. 10:18 saido da clínica sem interferência

## Materiais Utilizados

2-gases  
1-atoduro pequena

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	13 : 16

Médico Responsável

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Enfermagem Responsável

Lauany Antunes Gonzaga  
Técnica de Enfermagem  
COREN-SP: 109.995

Data 02 / 12 / 24

Condutor Socorrista

Gabriel da Silveira  
Data 02 / 12 / 24