

Ficha de Acompanhamento

OS 1497.

VTR 799

<input type="checkbox"/> BÁSICA	<input checked="" 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"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT	

Tipos de Exames	<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
	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT/TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T.C. HIPER.	

CLIENTE Florinda Solicitante Central Vagas Data 03/05/25Origem: Santa Casa Boa Vista x Cuiabá Psiquiátrica xNome: Vicentino Viegas Ferreira Idade 28 Contato:Sexo Masculino FemininoSUS / CONVENIO Bandeira Nº CARTEIRINHA 772901027596000

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>78906</u>	km <u>78996</u>	km <u>79100</u>	km	km <u>79156</u>
Hora Chegada <u>20:20</u>	Hora Chegada <u>22:10</u>	Hora Chegada	Hora Chegada	
Hora Saída <u>21:10</u>	Hora Saída <u>23:40</u>	Hora Saída	Hora Saída	
Hora <u>18:40</u>	Vista Origem <u>JK</u>	Vista Destino <u>JK</u>	Vista Destino	Hora <u>00:16</u>

Neurológica Lúcido Orientado Consciente Confuso Comunicativo Não VerbalizaPupilas Isocôricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É MaiorRespiratória Eupnêico Taquipneico Bradipneico Dispneico ApneiaCirculatório Normocárdico Tarquicardico Bradicardico FiliformeAbdômen Plano Globoso Protuberante Escavado Flácido Em Avental GravidicoMembros Superior Alterados Não Alterados Membros Inferiores Alterados Não Alterados

Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

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

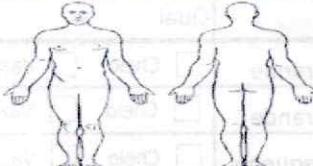
Resposta Motora

- 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									

S /
socorro

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	assinatura
RG/CPF	

Observações Médicas / Enfermeiros

20:30h = Chegou ao hospital de origem paciente com nível consciente, orientada, no momento calma e compreendendo da situação, com A.A., aferie, respiração, cardiorrespiratória, com corrente venosa, transferido para sala e conduzido à ambulância.

23:40h = Chegou ao hospital de destino, quando interveio o anestesiologista médico, transferido aos cuidados do equipo local.

20:25h - Saída do hospital de origem às 21:30h. Paciente ZOTE, AAA, ARMVASIRA set 99, ACV RCR 2T BNF 555, FC 85, PA 125x90. Pupilas isocônicas e latente negativo.

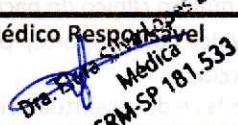
Transporte com intubação. Chegada no hospital destino às 22:10. Farto de sangue e médico responsável.


Dra. Elora Silva Lopes
Médica
CRM-SP 181.533

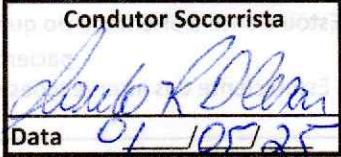
Materiais Utilizados

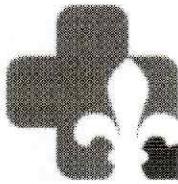
Alivamento Gástrico

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	
 CRM-SP 181.533	
Data	/ /

Enfermagem Responsável	
Alice C.M.	
Data	01 / 05 / 25

Condutor Socorrista	
	
Data	01 / 05 / 25



IRMANDADE DA SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA 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: MICHELLI NOBREGA DOS SANTOS

NOME SOCIAL:

DATA DE NASCIMENTO: 06/01/1997

MEDICO SOLICITANTE: CARLA DA SILVA GOMES RIBEIRO

CRM: 203116

SOLICITAÇÃO

SOLICITO TRANSFERNCIA HOSPITALAR DE PACIENTE PARA HOSPITAL COM ASSISTENCIA PSIQUIATRICA DEVIDO A MESMA ESTAR APRESENTANDO SURTO PSICOTICO. PACIENTE JÁ FAZ ACOMPANHAMENTO COM PSIQUIATRA.

CID 10 20,0

GRATO

Carla da Silva Gomes Ribeiro
CRM-SP
203116

LORENA, 30/04/2025



Documento assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP 2.229-2/2001, resolução CRM 1621/2007, no sistema certificado SBIS-CFM nº 063, por

Estado: Assinatura digital válida

CARLA DA SILVA GOMES RIBEIRO, CPF 41815776602, às 10:27 GMT-03:00 de 30/04/2025

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (UTC-03:00).



Código: MOZ4K

validar.itit.gov.br via QRCode: