

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR 798

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

EMPRESA Infantina Pinda Solicitante _____ Data 30/03/20

Origem: +EXA. QWAC. x _____ x _____

Nome: Conida das Muleiras Idade _____ Contato: _____

Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 74440	km 75499	km 74539	km	km 74539
	Hora Chegada 06:55	Hora Chegada 10:00	Hora Chegada	
	Hora Saída 9:30h	Hora Saída 10:35	Hora Saída	
Hora 5:00	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	Hora 11:30

Neurológica ☐ Lúcido ☐ Orientado ☐ consciente ☐ 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

Abertura ocular

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

Resposta Verbal

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

Resposta Motora

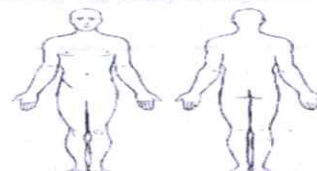
- ☐ Obedece comandos 6
☐ Localiza Dor 5
☐ Movimentos de retardia 4
☐ Flexão Anormal 3
☐ Extensão Anormal 2
☐ Nenhuma

TRAUMA

Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
Escoriação									
Cont									
Ferim									
Luxa									
Frat									
Lace									
Secç									

QUEIMADURAS

	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perin	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

assinatura

RG/CPF

Observações Médicas / Enfermeiros

Sem Intervenções

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
Dr. Lucas Costa
 MÉDICO
 CREMESP 260.341
 Data 30 / 03 / 25

Enfermeira Responsável
Helena Rezende Barbosa
 COREN-SP 109406
 Enfermeira
 Data 30 / 03 / 25

Conductor Socorrista
Lucas N
 Data 30 / 03 / 25