

Ficha de Acompanhamento

OS
VTR 318.

<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 type="checkbox"/> TRASFÉRÉNCIA 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	Outros
	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT/TOM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.	

EMPRESA FUNDO MUNICIPAL S. Solicitante NIR. Data 07/03/25

Origem: HRD Jaurati x São Lourenço Amoredo

Nome: Dizy Cores das Santas Idade 71 Contato:

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>174465</u>	km <u>174472</u>	km <u>174516</u>	km	km <u>1</u>
Hora <u>16:00</u>	Hora Chegada <u>16:12</u>	Hora Chegada <u>17:19</u>	Hora Chegada	
	Hora Saída <u>16:24</u>	Hora Saída <u>17:21</u>	Hora Saída	
	Vista Origem <u>Eduardo Araújo</u> <u>Técnico de Enfermagem</u> <u>COREN-SP 1678534</u>	Vista Destino <u>Fábio Vitor da Silva</u> <u>Enfermeiro</u> <u>Coren-SP 842144</u>	Vista Destino	Hora

Neurológica Lúcido Orientado consciente Confuso Comunicativo Não Verbaliza

Pupilas Isocôricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupneico Taquipneico Bradipneico Dispneico Apneia

Circulatório Normocárdico Tarquicardico Bradicardico Filiforme

Abdomem Plano Globoso Protuberante Escavado Flácido Em Avental Gravidico

Membros Superior Alterados Não Alterados Membros Inferiores Alterados Não Alterados

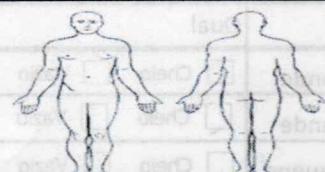
Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

TRAUMA	Descrição	Resposta Verbal					Resposta Motoria				
		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										

AUP
MS(E)



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

16:10h = Chego ao hospital de origem (HRVP), paciente em leito vestido p/ sua própria segurança. Consciente com segundos de confusão expreco, nome completo, endereço, AVP em M/S(E), transfio paciente p/ maca e estivamento p/ ambulância.

17:14h = Chego ao hospital de destino paciente inconsciente p/ UTI da Santa Casa de Gravidez.

Materiais Utilizados

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
<i>H. H. M.</i>
Data
06/03/25

Enfermagem Responsável
<i>Alexia C. M.</i>
Data
07/03/25

Condutor Socorrista
<i>Lucas H.</i>
Data
07/03/25