

# Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

338

☐ 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

CLIENTE ACL Remoções Solicitante Central Vagos Data 24/04/25

Origem: Polícia Jauate x P. Vivalle SJC x

Nome: Jeda Leresinha do Jaldo Idade 56 Contato:

Sexo ☐ Masculino ☒ Feminino

SUS / CONVENIO Sus américo

Nº CARTEIRINHA 01898019478340025

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>178808</u>	km <u>178817</u>	km <u>178864</u>	km	km <u>178915</u>
	Hora Chegada <u>20:40</u>	Hora Chegada <u>22:15</u>	Hora Chegada	
	Hora Saída <u>21:30</u>	Hora Saída <u>22:40</u>	Hora Saída	
Hora <u>19:30</u>	Visto Origem <u>Lalia Paula do Nascimento</u>	Vista Destino <u>J. P. P. P.</u>	Vista Destino	Hora <u>00:01</u>
	Aux. de Enfermagem <u>Coren-SP: 615120</u>			

Neurológica ☐ Lúcido ☒ Orientado ☐ consciênte ☐ Confuso ☒ Comunicativo ☐ Não Verbaliza

Pupilas ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Midriática ☐ Miotica ☐ D ou E ☐ É Maior

Respiratória ☒ Eupnéico ☐ Taquipnéico ☐ Bradipnéico ☐ Dispnéico ☐ 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
						<u>98%</u>	

## Abertura ocular

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

## Resposta Verbal

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

## Resposta Motora

- ☐ Obcede 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									

AUP  
 MJD  
 J=20



## 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

RG/CPF

Assinatura



## Observações Médicas / Enfermeiros

20:40h - Chego ao hospital de origem, paciente em leito em enfermaria, consciente, orientada, mantendo saturação de O<sub>2</sub> a' > 91 min, apêndice, dispnéica, normotensão, AUP em M (0) 5 = 20. Transferido para mesa e conduzido para ambulância.

22:15h - Chego ao hospital de destino, único paciente sob cuidados do equipe

21:30h - Saída do hospital de origem. Paciente LORE, Glasgow 15, AAA. AR muco e discretas crepitações em bases. ACV RCR 2T DUF SI SS ou ESS PA 102x63 FC 54 Sat 98%. CNO 2 2L/min Sem queixas no momento. (Paciente estava em leito de enfermaria, sem médicos por não passar o caso). 23:15h - Chegada ao hospital destino. Passa o caso ao Dr. Rafael Cipriano. Transporte sem intercorrências.

Dra. Flora Silva Lopes Lemos  
Médica  
CRM-SP 181.533

02:40 = Paciente usando O<sub>2</sub> a' > 91 min.  
02:00

## Materiais Utilizados

REALVIDAS

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  
Dra. Flora Silva Lopes Lemos  
Médica  
CRM-SP 181.533  
Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Enfermagem Responsável  
Ana C. M.  
Data 24/04/25

Conductor Socorrista  
LUCAS H.  
Data 24/04/25



2-Ador  
3-Ador  
4-Ador  
5-Ador  
6-Ador  
7-Ador  
8-Ador  
9-Ador  
10-Ador  
11-Ador  
12-Ador  
13-Ador  
14-Ador  
15-Ador  
16-Ador  
17-Ador  
18-Ador  
19-Ador  
20-Ador  
21-Ador  
22-Ador  
23-Ador  
24-Ador  
25-Ador  
26-Ador  
27-Ador  
28-Ador  
29-Ador  
30-Ador  
31-Ador  
32-Ador  
33-Ador  
34-Ador  
35-Ador  
36-Ador  
37-Ador  
38-Ador  
39-Ador  
40-Ador  
41-Ador  
42-Ador  
43-Ador  
44-Ador  
45-Ador  
46-Ador  
47-Ador  
48-Ador  
49-Ador  
50-Ador  
51-Ador  
52-Ador  
53-Ador  
54-Ador  
55-Ador  
56-Ador  
57-Ador  
58-Ador  
59-Ador  
60-Ador  
61-Ador  
62-Ador  
63-Ador  
64-Ador  
65-Ador  
66-Ador  
67-Ador  
68-Ador  
69-Ador  
70-Ador  
71-Ador  
72-Ador  
73-Ador  
74-Ador  
75-Ador  
76-Ador  
77-Ador  
78-Ador  
79-Ador  
80-Ador  
81-Ador  
82-Ador  
83-Ador  
84-Ador  
85-Ador  
86-Ador  
87-Ador  
88-Ador  
89-Ador  
90-Ador  
91-Ador  
92-Ador  
93-Ador  
94-Ador  
95-Ador  
96-Ador  
97-Ador  
98-Ador  
99-Ador  
100-Ador

Para preenchimento dos campos sombreados, consultar o Manual de Orientação ao Prestador.

1- Registro ANS		3- Número da Guia Principal		5-Senha		6- Data de Validade da Senha		7- Número da Guia Atribuída		11- Cartão Nacional de Saúde		12- Atendimento	
4- Data da Autorização		8- Número da Carteira		10- Nome		16- Conselho Profissional		17- Número no Conselho		18- UF		19- Código CBO	
21- Caracter do Atendimento		22- Data da Solicitação		23- Indicação Clínica		24- Tabela		25- Código do Procedimento ou Item Assistencial		26- Descrição		27- Qtd. Solici.	
28- Código na Operadora		29- Nome do Profissional Solicitante		30- Nome do Contratado		31- Nome do Contratado		32- Tipo de Atendimento		33- Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34- Tipo de Consulta	
35- Motivo de Encerramento do Atendimento		36- Data		37- Hora Inicial		38- Hora Final		39- Tabela		40- Código de Procedimento		41- Descrição	
42- Qtd.		43- Via		44- Tec.		45- Fator Red./Acresc.		46- Valor Unitário		47- Valor Total		48- Seq. Ref. 48- Grau Part.	
49- Seq. Ref. 49- Grau Part.		50- Código na Operadora/CPF		51- Nome do Profissional		52- Conselho Profissional		53- Número no Conselho		54- UF		55- Código CE	
56- Data de Realização de Procedimentos em Série		57- Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58- Observação / Justificativa		59- Total de Procedimentos (R\$)		60- Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61- Total de Materiais (R\$)		62- Total de OPME (R\$)	
63- Total de Medicamentos (R\$)		64- Total de Gases Medicinais (R\$)		65- Total Geral (R\$)		66- Assinatura do Responsável pela Autorização		67- Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68- Assinatura do Contratado		69- Assinatura do Contratado	