

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

998

☒ 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 H. C. P. **Solicitante** C. Vagos **Data** 18.3.25.

Origem: H. C. P. x CLINICA S. ROSA x H. C. P.

Nome: Luiza Maria C. Cacciani **Idade** 68 **Contato:**

Sexo ☐ Masculino ☒ Feminino

SUS / CONVENIO Unimed **Nº CARTEIRINHA** 000 7658003361000

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 72285	km 72356	km 72357	km 72358	km
	Hora Chegada 13:39	Hora Chegada 14:00	Hora Chegada 15:15	
	Hora Saida 13:49	Hora Saida 15:05	Hora Saida 15:19	
Hora 12:20	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	Hora
		muleta Espandole		

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 Incompreêncivas 2
☐ Nenhuma 1

Resposta Motora

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

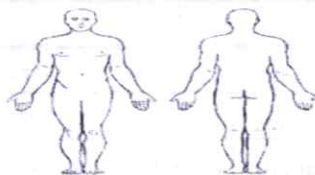
TRAUMA	Descrição	Crã	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
	Escoriação									
	Cont									
	Ferim									
	Luxa									
	Frat									
	Lace									
	Secç									

QUEIMADURAS

	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie
I									
II									
III									

AUP

MR(E)
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

13:39 h = Chegada ao hospital de origem, paciente consciente, orientado, comunicativo, em cama hospitalar mantendo AUP em MS(EI) = 20, transição p/ maca e condução a ambulância.

14:00 h = Chegada ao destino p/ realização de exame RNM.

15:05 h = Saída do destino para o hospital de origem, Chegou sem intercorrências.

15:15 h = Retorno ao hospital de origem sem intercorrências.

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	Quanto Bar Utilizou			
	02 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quanto Bar Utilizou			
	03 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quanto Bar Utilizou			
	04 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quanto Bar Utilizou			

Médico Responsável

Data

Enfermagem Responsável

Data

Condutor Socorrista

Data

RECEITUÁRIO

Levesa Ma C. Cacciaru

Paciente de 68 anos com histórico de CA de ovário, apresenta queda do estado geral e necessita de ambulância simples para transferência para realização de RM de crânio em outra instituição.

Leticia Cesário Pereira
MÉDICA
CRM-SP 242905

15/03/25

OS	
VTR 998	
S	<input type="checkbox"/> PARTICULAR <input type="checkbox"/> APH
IAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT
Data 18.3.25.	
1. Co Prof.	
to:	
0 7658003361000	
Chegada Base	
58	km
15	
19	Hora
<input type="checkbox"/> Não Verbaliza	
É Maior	
ental <input type="checkbox"/> Gravidico	
ados <input type="checkbox"/> Não Alterados	
Sat O2	Hgt
esposta Motora	
mandos 6	
r 5	
s de retardia 4	
rmal 3	
normal 2	
Ise	Mid
Mie	

TRA	Luxa									
	Frat									
	Lace									
	Secç									
QUEIMADURAS										
	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie	
I										
II										
III										
<p>Consentimento para transporte de Pacientes</p> <p>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.</p> <p>Estou ciente das intervenções necessárias da equipe médica para a segurança do transporte, e dos eventuais riscos que envolvam a viagem que será realizada</p>										
Nome										assinatura
RG/CPF										

AUP

MR(E)
J=20

