

|  |            |   |       |  |                     |  |     |   |     |  |              |  |
|--|------------|---|-------|--|---------------------|--|-----|---|-----|--|--------------|--|
| Ficha de Acompanhamento  |            |   |       |  |                     |  |     |   |     | OS: 1736   |              |  |
|  |            |   |       |  |                     |  |     |   |     | VTR: 318 - SPRINTER  |              |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA   |            | <input checked="" type="checkbox"/> EXAMES                    |       | <input type="checkbox"/> UTI ADULTO                                |                     | <input type="checkbox"/> UTI NEO                           |     | <input type="checkbox"/> EVENTOS                              |     | <input type="checkbox"/> PARTICULAR  |              |  |
| <input type="checkbox"/> APH   |            | <input type="checkbox"/> TRASF. HOSPITALAR                    |       | <input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR                           |                     | <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO                        |     | <input type="checkbox"/> SIV - INT                            |     |  |              |  |
| Tipos de Exames  |            | <input type="checkbox"/> CATE<br><input type="checkbox"/> GTT |       | <input type="checkbox"/> TOMO<br><input type="checkbox"/> TQT /TQM |                     | <input type="checkbox"/> RX<br><input type="checkbox"/> US |     | <input type="checkbox"/> CPRS<br><input type="checkbox"/> RMN |     | <input type="checkbox"/> PET SCAM<br><input type="checkbox"/> T. C . HIPER |              |  |
| Outro:   |            |   |       |  |                     |  |     |   |     |  |              |  |
| Empresa: PROMED SANTA ANGELA EMERGENCIAS MEDICAS   |            |   |       | Solicitante: CENTRAL VAGAS   |                     |  |     | Data: 26/08/2025  |     |  |              |  |
| Origem: SANTA CASA - PINDAMONHANGABA - PINDAMONHANGAGA   SP  |            |   |       | X CLINICA PLANI - PINDAMONHANGABA - PINDAMONHANGAGA   SP           |                     |  |     | X SENAC - PINDAMONHANGABA - PINDAMONHANGAGA   SP              |     |  |              |  |
| Nome: Thiago Ortiz   |            |   |       | Idade: 38  |                     |  |     | Contato:  |     |  |              |  |
| Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino  |            |   |       | <input type="checkbox"/> Feminino                                  |                     |  |     |   |     |  |              |  |
| SUS/CONVENIO: Porto Seguro   |            |   |       | NºCARTEIRINHA: 4861809400013928                                    |                     |  |     |   |     |  |              |  |
| Saída Base   |            | Origem  |       |  | Destino             |  |     | Destino   |     |  | Chegada Base |  |
| Km: 190467   |            | Km: 190483  |       |  | Km: 190485          |  |     | Km: 190488  |     |  | Km: 190515   |  |
| Hora: 08:20  |            | Hora Chegada: 08:54   |       |  | Hora Chegada: 09:23 |  |     | Hora Chegada: 10:50   |     |  | Hora: 11:50  |  |
|  |            | Hora Saída: 09:15   |       |  | Hora Saída: 10:38   |  |     | Hora Saída: 11:00   |     |  |              |  |
|  |            | Visto Origem:   |       |  | Visto Destino:      |  |     | Visto Destino:  |     |  |              |  |
| Neurológica  |            | <input checked="" type="checkbox"/> Lúcido                    |       | <input checked="" type="checkbox"/> Orientado                      |                     | <input checked="" type="checkbox"/> Consciente             |     | <input type="checkbox"/> Confuso                              |     | <input type="checkbox"/> Comunicativo                                      |              |  |
|  |            | <input type="checkbox"/> Não Verbaliza                        |       |  |                     |  |     |   |     |  |              |  |
| Pupilas  |            | <input checked="" type="checkbox"/> Isocóricas                |       | <input type="checkbox"/> Anisocorica                               |                     | <input type="checkbox"/> Midriátrica                       |     | <input type="checkbox"/> Miotica                              |     | <input type="checkbox"/> D ou E  |              |  |
|  |            | <input type="checkbox"/> É Maior                              |       |  |                     |  |     |   |     |  |              |  |
| Respiratória   |            | <input checked="" type="checkbox"/> Eupnéico                  |       | <input type="checkbox"/> Taquipneico                               |                     | <input type="checkbox"/> Bradipneico                       |     | <input type="checkbox"/> Dispneico                            |     | <input type="checkbox"/> Apneia  |              |  |
| Circulatório   |            | <input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico              |       | <input type="checkbox"/> Tarquicardico                             |                     | <input type="checkbox"/> Bradicardico                      |     | <input type="checkbox"/> Filiforme                            |     |  |              |  |
| Abdomem  |            | <input type="checkbox"/> Plano                                |       | <input checked="" type="checkbox"/> Globoso                        |                     | <input type="checkbox"/> Escavado                          |     | <input type="checkbox"/> Flácido                              |     | <input type="checkbox"/> Em Avental  |              |  |
|  |            | <input type="checkbox"/> Gravidico                            |       |  |                     |  |     |   |     |  |              |  |
| Membros Superior   |            | <input type="checkbox"/> Alterados                            |       | <input checked="" type="checkbox"/> Não Alterados                  |                     | Membros Inferiores   |     | <input type="checkbox"/> Alterados                            |     | <input checked="" type="checkbox"/> Não Alterados                          |              |  |
| Sinais Vitais  |            |   |       |  |                     |  |     |   |     |  |              |  |
| HORA   |            | PA  |       | FC   |                     | FR   |     | GLASGOW   |     | TEMP   |              |  |
|  |            | Sat O2  |       |  |                     | Hgt  |     |   |     |  |              |  |
| Abertura ocular:   |            |   |       | Resposta Verbal:   |                     |  |     | Resposta Motora:  |     |  |              |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4   |            |   |       | <input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5                    |                     |  |     | <input checked="" type="checkbox"/> Obdece comandos 6         |     |  |              |  |
| <input type="checkbox"/> voz 3   |            |   |       | <input type="checkbox"/> Confusa 4                                 |                     |  |     | <input type="checkbox"/> Localiza Dor 5                       |     |  |              |  |
| <input type="checkbox"/> A dor 2   |            |   |       | <input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3                     |                     |  |     | <input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4             |     |  |              |  |
| <input type="checkbox"/> Nenhuma 1   |            |   |       | <input type="checkbox"/> Palavras Incomprêncivas 2                 |                     |  |     | <input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3                     |     |  |              |  |
|  |            |   |       |  |                     |  |     | <input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2                   |     |  |              |  |
|  |            |   |       |  |                     |  |     | <input type="checkbox"/> Nenhuma                              |     |  |              |  |
| T<br>R<br>A<br>U<br>M<br>A   | 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        |   |       |  |                     |  |     |   |     |  |              |  |
| 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


Transferido paciente de ambulância básica com enfermagem e acompanhante, respirando AA, mantendo AVP em MSD gelco 22 Isofix dupla vias salinizado, MIE curativo oclusivo joelho E, edemaciado, para realizar exame de RNM em joelho E, retorno, hemodinamicamente estável, sem intercorrências.



## Materiais Utilizados

# REALVIDAS

| Pedagios | Outros:  | 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  | Enfermagem Responsável   | Condutor Socorrista   |
| Data ____/____/____ | CRISTIANE ISABEL DOS SANTOS<br>Coren/ 1027956<br>Data ____/____/____ | <br>SAULO RICARDO DOMINONE CESAR<br>CNH/ 047.907.749-35<br>Data ____/____/____ |