

Ficha de Acompanhamento

OS
VTR 318

☒ 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 Promo d

Solicitante Central Vagos

Data 15-04-25

Origem: Polícia Caspary x Polícia 9 de julho x Polícia Caspary

Nome: Alissa Bottom

Idade 35

Contato: _____

Sexo ☐ Masculino ☒ Feminino

SUS / CONVENIO Unadesco

Nº CARTEIRINHA 954360063363008

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>177499</u>	km <u>177522</u>	km <u>177546</u>	km <u>177571</u>	km
	Hora Chegada <u>13:30</u>	Hora Chegada <u>13:50</u>	Hora Chegada <u>14:45</u>	
	Hora Saída <u>13:28</u>	Hora Saída <u>14:15</u>	Hora Saída <u>15:00</u>	
Hora <u>12:37</u>	Visto Origem <u>13:28 AIE</u>	Vista Destino <u>Diana</u>	Vista Destino <u>Amorae</u>	Hora

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

Pupilas ☐ Isocóricas ☐ Anisocórica ☐ Midriática ☐ Miotica ☐ D ou E ☐ É Maior

Respiratória ☒ Eupnéico ☐ Taquipneico ☐ Bradipneico ☐ 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 Incomprêencivas 2

☐ Nenhuma 1

Resposta Motora

☐ Obdece comandos 6

☐ Localiza Dor 5

☐ Movimentos de retardia 4

☐ Flexão Anormal 3

☐ Extensão Anormal 2

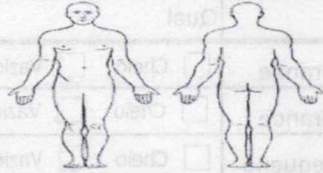
☐ Nenhuma

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									

AUD
45(D)
5=22



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 _____

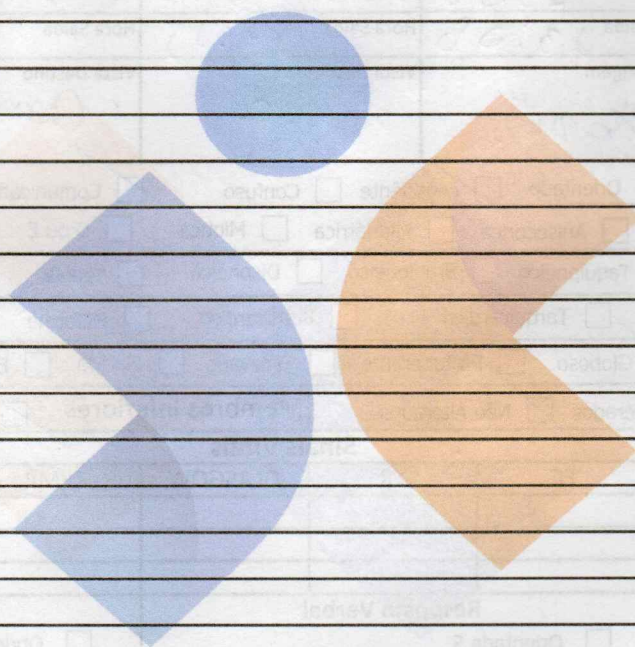
assinatura _____

Observações Médicas / Enfermeiros

13:10h = Chego ao hospital de destino, paciente em alto consciente, Orientado, em A.A, latido, eufórico, normotênico, mantendo APL em M.S (D) J = 22, transfiro para maca e conduzo ao ambulatório.

13:50h = Chego ao hospital de destino para realização exame.

14:45h = Retorno ao hospital de origem sem intercorrência.



Materiais Utilizados

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

Data ____/____/____

Enfermagem Responsável

Adriana C. M.

Data 15/04/25

Condutor Socorrista

André D. G.

Data 15/04/25

Raissa Bottan

NASC: 15/01/1990 35 ANOS - INTERNADO
HPCAC DT ATEND: 14/04/2025 16:41
CONU: BRADESCO



4332858

Raissa

Ambulância superior

14104125

Dr. José Renan de Medeiros
Médico
CRM 170741

Dr(a).

CRM:

- Av. Nove de Julho, 430 - Tel.: (12) 3797-9800 --SJC Campos / SP
- Av. Andrômeda, 1100 - Tel.: (12) 3797-8500 - SJC Campos / SP
- Av. Adhemar de Barros, 530 - Tel.: (12) 3797-9000 - SJC Campos / SP
- Av. Edouard Six, 80 - Tel.: (12) 3953-1044 - Jacareí / SP
- Rua Cel. João Dias Guimarães, 266 - Tel.: (12) 3221-1000 - Caçapava-SP
- Rua Prof. Luis Augusto Silva, 87 - Tel.: (12) 2125-0333 - Taubaté - SP

VTR 318	
S <input type="checkbox"/> PARTICULAR <input type="checkbox"/> APH	JACÃO <input type="checkbox"/> SIV - INT
Data 15-04-25	
Policlinica	
to:	
1360063363008	
Chegada Base	
71 km	
:45	
:00	
Hor	
<input type="checkbox"/> Não Verbaliza	
É Maior	
vental <input type="checkbox"/> Gravidico	
erados <input type="checkbox"/> Não Alterados	
Sat O2	Hgt

Resposta Motora

comandos 6

Dor 5

ntos de retardia 4

normal 3

o Anormal 2

a

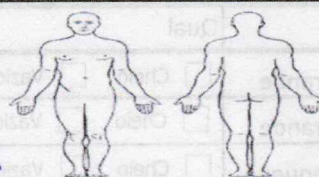
Mse	Mid	Mie
-----	-----	-----

TR	Luxa								
	Frat								
	Lace								
	Secç								

QUEIMADURAS

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

AUD
MS(DI
5=22



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