

## Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

798

☐ BÁSICA ☒ UTI ADULTO ☐ UTI INFANTIL ☐ UTI NEO ☐ UTI ÁREA ☐ EVENTOS ☐ PARTICULAR ☐ APH  
☐ EXAMES ☒ TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR ☐ ALTA HOSPITALAR ☐ INTERNAÇÃO ☐ SIV - INT

**Tipos de Exames** ☐ CATE ☐ TOMO ☐ RX ☐ CPRS ☐ PET SCAM ☐ GTT ☐ TQT/TQM ☐ US ☐ RMN ☐ T. C. HIPER. Outros *Ortopedista*

**EMPRESA** *FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE* **Solicitante** *NIL* **Data** *16.12.24*

**Origem:** *Santa C. Aparecida* X *Santa C. SJC* X

**Nome:** *Mairim Maria Rosa Lopes* **Idade** *80* **Contato:**

**Sexo** ☐ Masculino ☒ Feminino

**SUS / CONVENIO** *SUS* **Nº CARTEIRINHA** *2033 02413830000*

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <i>61547</i>	km <i>61562</i>	km <i>61645</i>	km	km <i>61710</i>
	Hora Chegada <i>12:10</i>	Hora Chegada <i>14:00</i>	Hora Chegada	
	Hora Saída <i>12:35</i>	Hora Saída <i>14:38</i>	Hora Saída	
Hora <i>10:58</i>	Visto Origem	Visto Destino	Visto Destino	Hora <i>15:42</i>

**Neurológica** ☐ Lúcido ☐ Orientado ☐ Conciente ☐ Desorientado ☐ Inconsciente

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

**Respiratória** ☐ Eupnéico ☐ Taquicardia ☐ Braquicardia ☐ Apnéia ☐ Cheyne Stokes ☐ Biot ☐ Kussmaul

**Circulatório** ☐ Pulso normocardiaco ☐ Ritimico ☐ Arritmico ☐ Dicrotico ☐ Taquisfmgia ☐ Brasisfmgia ☐ Filiforme

**Abdomem** ☐ Plano ☐ Globoso ☐ Protuberante ☐ Escavado ☐ Flácido ☐ Em Avental

**Membros Superior** ☐ Alterados ☐ Não Alterados **Membros Inferiores** ☐ Alterados ☐ Não Alterados

## Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
<i>11:00</i>	<i>110x80</i>	<i>98</i>	<i>19</i>	<i>15</i>	<i>—</i>	<i>99%</i>	<i>—</i>
<i>14:00</i>	<i>130x80</i>	<i>97</i>	<i>19</i>	<i>15</i>	<i>—</i>	<i>98%</i>	<i>—</i>

## Abertura ocular

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

## Resposta Verbal

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

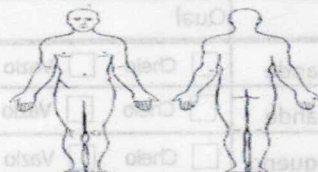
## Resposta Motora

- ☒ 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									



## 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** *Alzopes* **assinatura**

**RG/CPF** *310738858-01*



## Observações Médicas / Enfermeiros


Paciente Lucido e Orientado em os Ambulatório.  
Segue transferido por motivo Queda da perna  
autora em sua residência Fratura de Fêmur por  
Avulsão distal no HSCJ. NOster de  
urgência. Segue Sem intercorrência.

Enfermeira  
Elisângela de Lima Faria  
COREN-SP: 601.917

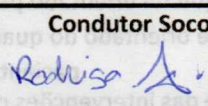
m. 11:25  
p. 14:55

## Materiais Utilizados

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 16/12/24

Enfermagem Responsável
Elisângela de Lima Faria Enfermeira COREN-SP: 601.917
Data 16/12/24

Condutor Socorrista

Data 16/12/24