

Ficha de Acompanhamento

OS: 1764
VTR: 318 - SPRINTER

☒ BÁSICA
☐ APH

☐ EXAMES
☐ TRASF. HOSPITALAR

☐ UTI ADULTO
☐ ALTA HOSPITALAR

☒ UTI NEO
☒ INTERNAÇÃO

☐ EVENTOS
☐ SIV - INT

☐ PARTICULAR

Tipos de Exames

☐ CATE
☐ GTT

☐ TOMO
☐ TQT /TQM

☐ RX
☐ US

☐ CPRS
☐ RMN

☐ PET SCAM
☐ T. C . HIPER

Outro:

Empresa: PARTICULAR REAL VIDAS
Origem: X

Solicitante: filho
X

Data: 07/09/2025

Nome: holanda moretto
Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino
SUS/CONVENIO: unimed

Idade: 90
NºCARTEIRINHA: 00572000621000010

Contato:

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km:	Km: 0	Km:	Km:	Km: 0
	Hora Chegada: 11:51	Hora Chegada:	Hora Chegada:	
Hora: 11:51	Hora Saída: 11:51	Hora Saída:	Hora Saída:	Hora: 12:51
	Visto Origem:	Visto Destino:	Visto Destino:	

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

Pupilas☒ Isocóricas☐ Anisocorica☐ Midriátrica☐ Miotica☐ D ou E☐ É Maior

Respiratória☒ Eupnéico☐ Taquipneico☐ Bradipneico☐ Dispneico☐ Apneia

Circulatório☒ Normocárdico☐ Tarquicardico☐ Bradicardico☐ Filiforme

Abdomem☐ Plano☒ Globoso☐ Escavado☐ Flácido☐ Em Avental☐ Gravidico

Membros Superior☐ Alterados☒ Não AlteradosMembros Inferiores☐ Alterados☒ Não Alterados

Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
	137*75			15		98	

Abertura ocular:
☒ Espontânea 4
☐ voz 3

☐ A dor 2
☐ Nenhuma 1

Resposta Verbal:
☒ Orientada 5
☐ Confusa 4
☐ Palavras Improórias 3
☐ Palavras Incompreêncivas 2

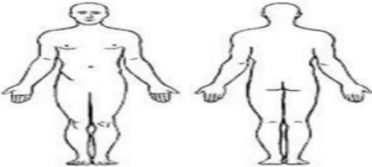
Resposta Motora:
☒ Obdece comandos 6
☐ Localiza Dor 5
☐ Movimentos de retardia 4

☐ Flexão Anormal 3
☐ Extensão Anormal 2
☐ Nenhuma

T R A U M 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

RG/CPF

Assinatura

Observações Médicas / Enfermeiros


Transferido paciente de ambulância básica APH com enfermagem acompanhante, SIC HD coluna lombar , lado direito , respirando AA Aferido PA 137x75 mmhg , SAT 98⁵%fc 98 bpm de residência Pindamonhangaba para hospital 10 de Julho Pindamonhangaba no leito com apoio da enfermagem do hospital, 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 - Pegueno <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 Coren/ 1027956 Data ____/____/____	 CARLOS ALBERTO MARCONDES DE SOUZA CNH/ 1234546 Data ____/____/____