



**REALVIDAS**  
REMOÇÕES E EMERGÊNCIAS 24h

## **Ficha de Acompanhamento**

OS

BÁSICA     UTI ADULTO     UTI INFANTIL     UTI NEO     UTI ÁREA     EVENTOS     PARTICULAR     APH  
 EXAMES     TRASFERÊNCIA HOSPITALAR     ALTA HOSPITALAR     INTERNACÃO

EMPRESA

Prodes?

**Solicitante**

TONY

Data

APH

### Origem:

x

X

Name: MARY TO N A

Idade

Contato:

Sexo

Masculino

 Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

## Controle de Itinerários

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 123116	km 123121	km 123124	km	km
Hora 04:20	Hora 01:00 11:00	Hora 10:20	Hora	Hora
	Visto	Visto	Visto	

### Tipos de exames

CATE    TOMO    GTT    TQT/TQM    US    RX    RMN    CPRS    T. C. HIPER.

Outros:

### Sinais Vitais e Parâmetros Evolutivos e Conduta / Horário

HORA								
PA								
FC								
FR								
GLASGOW								
TEMP								
Sat O2								
Hgt								

### Observações Médicas / Enfermeiros

*Evento sem enfermagem*

### CONSENTIMENTO PARA TRANSPORTE PACIENTE EM AMBULÂNCIA.

Declaro que fui orientado pelos 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	

Médico Responsável

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Enfermagem Responsável

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Condutor/Socorrista

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_