

Ficha de Acompanhamento

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

EMPRESA P.M. ADAP Solicitante NIR Data 06.02.25

Origem: S.C. CRUZEIRO x H.R.U.P. TAUBATÉ x

Nome: CLAUDIO SOARES Idade 55 Contato:

Sexo ☒ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO SUS Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>172270</u>	km <u>172350</u>	km <u>172440</u>	km	km
Hora	Hora Chegada <u>10:40</u>	Hora Chegada <u>12:20</u>	Hora Chegada	
	Hora Saída <u>10:45</u>	Hora Saída <u>12:31</u>	Hora Saída	
	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	Hora
	<u>Amanda Cristiana Silva Ribeiro</u> COREN-SP 223729-ENF	<u>Amanda Cristiana Silva Ribeiro</u> COREN-SP 223729-ENF		

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

Pupilas ☒ Isocóricas ☐ Anisocórica ☐ Midrítrica ☐ Miotica ☐ D ou E ☐ É Maior

Respiratória ☒ Eupnéico ☐ Taquipnéico ☐ Bradipnéico ☐ Dispneico ☐ Apneia

Circulatório ☒ Normocárdico ☐ Tarquicárdico ☐ Bradicárdico ☐ Filiforme

Abdômen ☐ Plano ☐ Globoso ☐ Protuberante ☐ Escavado ☒ Flácido ☐ Em Avental ☐ Gravidico

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

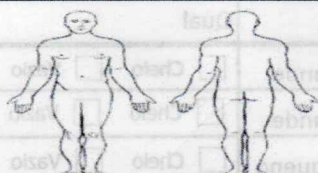
Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
<u>10:50</u>	<u>130x80</u>	<u>113</u>	<u>18</u>	<u>15</u>	<u>36.6</u>	<u>99%</u>	

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4 <input type="checkbox"/> voz 3 <input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5 <input type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3 <input type="checkbox"/> Palavras Incompreêncivas 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input checked="" type="checkbox"/> Obedece comandos 6 <input type="checkbox"/> Localiza Dor 5 <input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4 <input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3 <input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2 <input type="checkbox"/> 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									



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 Amelia H. Moraes Soares assinatura Amelia H. Moraes Soares
 RG/CPF 14182363817

Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente Transferido da Junta Casa de Cate
zeiro p- HRVP (Gambate) p/ CAT

88

Dr. Sérgio L. Gusen dos Santos
MÉDICO
CRM: 45630

Materiais Utilizados

E - 09:35.
H.

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 - Pegueno	<input type="checkbox"/>	Cheio	<input type="checkbox"/>	Vazio	<input type="checkbox"/>	Em uso	Quantos Bar Utilizou	

Médico Responsável

Dr. Sérgio L. Gusen dos Santos
MÉDICO
CRM: 45630

Data06/02/25

Enfermagem Responsável

Onica Pessanha
599986

Data06/02/25

Condutor Socorrista

Data