

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

318

☒ 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/TOM
 ☐ US
 ☐ RMN
 ☐ T. C. HIPER.

Outros TRANSFERÊNCIA

EMPRESA UNIMED TAUBATÉ Solicitante CENTRAL VAGAS Data 26/04/25

Origem: UNIMED TAUBATÉ x HOSPITAL 10 Sulho x J

Nome: THEO RIBEIRO SOARES CERQUEIRA Idade 05 Contato:

Sexo ☒ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

| Saída Base | Origem | Destino | Destino | Chegada Base |
|------------|--|---|--------------------|--------------|
| km 179 200 | km 179 204 | km 179 222 | km 179 241 | km 179 241 |
| | Hora Chegada 20:40 | Hora Chegada 20:40 | Hora Chegada 21:25 | |
| | Hora Saída 20:20 | Hora Saída 20:55 | Hora Saída | |
| Hora 19:50 | Abner Felipe de Sousa Enfermeiro COREN-SP 511033 | Vista Destino Jorge de Senos Rogério Enfermeiro COREN-SP 529.851 | Vista Destino | Hora 21:25 |

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

Pupilas ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Midrítricas ☐ Mioticas ☐ D ou E ☐ É Maior

Respiratória ☒ Eupnéico ☐ Taquipnéico ☐ Bradipnéico ☐ Dispneico ☐ Apneia Cateter nasal 2L/min

Circulatório ☒ Normocárdico ☐ Taquicárdico ☐ 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 |
|-------|----|-----|----|---------|------|--------|-----|
| 20:25 | | 110 | 24 | 15 | 36 | 97% | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Abertura ocular

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

Resposta Verbal

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

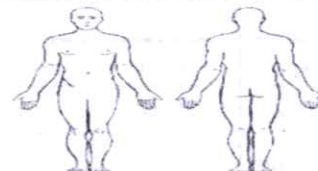
Resposta Motora

- ☐ Obedece 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 | | | | | | | | | |



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

assinatura

RG/CPF

Observações Médicas / Enfermeiros

- No local, Paciente masculino, 05 anos, consciente, orientado, comunicativo, acompanhado pela mãe, mantendo cateter nasal tipo óculos a 02L/min, AUP em MSE DORSO MÃO (E) J-24, mantendo medicamentos em BIC, PAUSADO APENAS PARA TRANSFERÊNCIA, PACIENTE DOU ENTRADA NA UNIDADE UNIMED TAUATÉ DURANTE DIA, COM MUITA FOSSE + FEBRE, REALIZADO EXAMES NA UNIDADE E HD DE PNEUMONIA A ESCLARECER, RECEBO AS INFORMAÇÕES DA EQUIPE DA UNIDADE + RELAÇÕES DURANTE PERCURSO DE TRANSFERÊNCIA A EQUIPE DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL 10 de julho PINDAMONHANGABA.

Peso - 18 kg

Sat - 97% a 02L/min O₂ cateter tipo óculos

IDADE - 05 ANOS

FR = 24

TEMPERATURA - 36°

FC = 110

Materiais Utilizados

| Pedágios | 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

Wellington G. Ap. de Oliveira
COREN-SP 932443-AE

Data

26/04/25

Conductor Socorrista

Lucas

Data

26/04/25