

# Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

520

☒ 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** PAC/curis **Solicitante** Guilher **Data** 13.11.24

**Origem:** HOSP. CEREG x P. GUARA x

**Nome:** Terezinho mario de Souza **Idade** **Contato:**

**Sexo** ☐ Masculino ☒ Feminino

**SUS / CONVENIO** Unimed **Nº CARTEIRINHA**

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>137.934</u>	km <u>137793</u>	km <u>137 980</u>	km <u>138011</u>	km
	Hora Chegada <u>13:47</u>	Hora Chegada <u>14:18</u>	Hora Chegada	
	Hora Saída <u>14:02</u>	Hora Saída <u>14:30</u>	Hora Saída	
Hora <u>12:45</u>	Visto Origem <u>AG</u>	Vista Destino <u>AG</u>	Vista Destino	Hora

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

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

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

**Circulatório** ☐ Pulso normocadiaco ☐ Ritímico ☐ Arritmico ☐ Dicrotico ☐ Taquisfgmia ☐ Brasisfgmia ☐ 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

### Abertura ocular

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

### Resposta Verbal

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

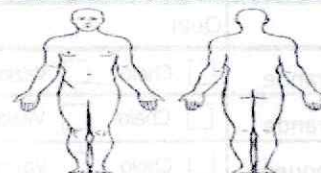
### Resposta Motora

- ☐ 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** AFONSO CARVALHO DE Souza

**RG/CPF** 7 257 473

**assinatura**

AG



## Observações Médicas / Enfermeiros

Saído da base - 12:45. A caminho para Guaratinguetá - chegou no hospital cerca das 13:47 - Saído do hospital carregando o paciente em alto hospitalar para o seu residência em Aparecida da noite. 14:18 - Chegou na residência do paciente. 14:30 - Saído da residência do paciente, para retornar para base sem intercorrência.

## 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		

<b>Médico Responsável</b>  Data: ____/____/____	<b>Enfermagem Responsável</b> Leany Antunes Gonzaga Técnica de Enfermagem Data: 12/11/24	<b>Condutor Socorrista</b>  Data: ____/____/____
---	---	---