

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

318

<input type="checkbox"/> BÁSICA	<input checked="" type="checkbox"/> UTI ADULTO	<input type="checkbox"/> UTI INFANTIL	<input type="checkbox"/> UTI NEO	<input type="checkbox"/> UTI ÁREA	<input type="checkbox"/> EVENTOS	<input type="checkbox"/> PARTICULAR	<input type="checkbox"/> APH
<input type="checkbox"/> EXAMES	<input type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT	

Tipos de Exames	<input type="checkbox"/> CATE	<input checked="" type="checkbox"/> TOMO	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	Outros
	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT/TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.	

EMPRESA FUNDO M. Saúde Solicitante Data 12/03/25

Origem: Santa Casa Gravataí Santa Casa Guaraí

Nome: Vila Sônia dos Santos Idade 65 Contato:

Sexo Masculino

Feminino

SUS / CONVENIO

SUS

Nº CARTEIRINHA

SUS

Chegada Base

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>11:52</u>	km <u>174891</u>	km <u>174899</u>	km <u>174906</u>	km <u>174952</u>
Hora	Hora Chegada <u>13:30</u>	Hora Chegada <u>13:52</u>	Hora Chegada <u>15:50</u>	Hora <u>17:00</u>

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 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

Abertura ocular

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

Resposta Verbal

- Orientada 5
- Confusa 4
- Palavras Improórias 3
- Palavras Incomprêencivas 2
- Nenhuma 1

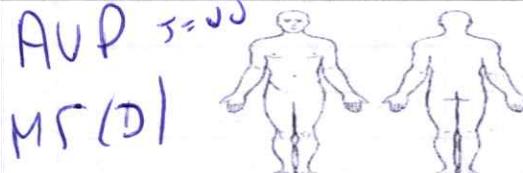
Resposta Motora

- Obdece 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	Perin	Msd	Mse	Mid	Mie
I								
II								
III								



Consentimento para transporte de Pacientes

Declaro que fui orientado pela equipe da ambulância 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

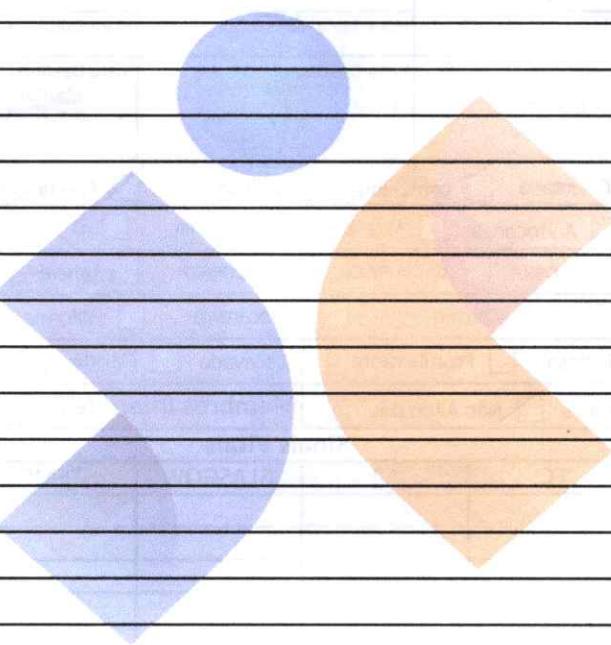
Nome

assinatura

RG/CPF

Observações Médicas / Enfermeiros

13:30h = Chego ao hospital de oxigem paciente no leito, consciente, orientado, ralente, respiração normocárdica, mantendo A/D em MS (D) Transferi paciente para maca e conduzo à Consultório
 13:52h = Chego ao hospital de oxigem para a realização de exame.
 15:14h = Chego ao hospital de oxigem sem intercorrências.



Materiais Utilizados

REAL VIDAS

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

[Signature]

Data

12/03/25

Enfermagem Responsável

Aline

Data

12/03/25

Condutor Socorrista

LUCAS H

Data

12/03/25

**Santa Casa de Misericórdia
de Aparecida**



SOLICITAÇÃO DE AMBULÂNCIA

NOME: Tiago Sergio dos Santos

Solicito:

Ambulância UTI devido a complexidade clínica do paciente .

Aparecida 12 / 03 / 25

Dr. Nestor Pereira de Luca
CRM-MG 29380 CRMSP 106015