

# 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 ☐ T. C. HIPER. Outros  
☐ GTT ☐ TQT/TQM ☐ US ☐ RMN

EMPRESA Casa Verde HC Solicitante Mario Data 36/09/24

Origem: \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X

Nome: Cristina chorolambokis Idade 55 Contato: \_\_\_\_\_

Sexo ☐ Masculino ☒ Feminino

SUS / CONVENIO Unimed Nº CARTEIRINHA 00044503496023566

| Saída Base    | Origem        | Destino       | Destino       | Chegada Base  |
|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| km            | km            | km            | km            | km            |
| <u>136328</u> | <u>136342</u> | <u>136411</u> | <u>136417</u> | <u>136490</u> |
| Hora          | Hora Chegada  | Hora Chegada  | Hora Chegada  | Hora          |
|               | <u>12:40</u>  | <u>13:20</u>  | <u>16:30</u>  |               |
|               | Hora Saída    | Hora Saída    | Hora Saída    |               |
|               | <u>12:22</u>  | <u>14:20</u>  | <u>18:27</u>  |               |
|               | Visto Origem  | Visto Destino | Visto Destino |               |
| <u>11:45</u>  |               |               |               | <u>20:00</u>  |

Neurológica ☐ Lúcido ☐ Orientado ☐ Conciente ☐ Desorientado ☐ Inconsciente

Pupilas ☐ Isocóricas ☐ Anisocórica ☐ Midriática ☐ Miotica ☐ D ou E ☐ É Maior

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

Circulatório ☐ Pulso normocadiaco ☐ Ritimico ☐ Arritmico ☐ Dicrotico ☐ Taquisfmgia ☐ Brasisfmgia ☐ 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

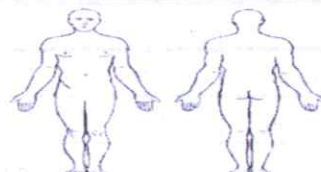
## Resposta Motora

- ☐ 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 Luiz Ricardo Lefebvre  
 RG/CPF 378822 058-93

assinatura [Assinatura]



## Observações Médicas / Enfermeiros

11:45 - Saído do base, para a residência do paciente. 12:10 - Chegado a residência do paciente. 12:22 - Saído da residência do paciente, a caminho de São José dos Campos para realizar os exames. 13:20 - Chegado na clínica em São José dos Campos, sem intercorrência. 16:20 - Saído do primeiro clínico plano para ir para segundo clínico. 16:30 - Chegado na segundo clínico plano. 18:24 - Saído do segundo clínico para casa do paciente. 20:01 - Chegado na casa do paciente sem intercorrência.

LAUANY 20:00

## Materiais Utilizados

REALVIDAS

| 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

Laury Lima  
Técnica de Enfermagem  
COREN-SP 007.603.995

Data 16/09/24

Condutor Socorrista

Leis Fernando

Data 16/09/24