

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 ☐ BX ☐ CPRS ☐ PET SCAM ☐ GTT ☐ TQT /TQM ☒ US ☐ RMN ☐ T. C. HIPER. Outros

CLIENTE Promed **Solicitante** Central Jagas **Data** 09/04/25

Origem: P. Frontal SJC x P. Policial SJC x H20 Frontal SJC

Nome: Liano Luis Lage **Idade** 8m. **Contato:** _____

SUS / CONVENIO Bradesco **Nº CARTEIRINHA** 630486720001022

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>40916</u>	km <u>140962</u>	km <u>140963</u>	km <u>140968</u>	km <u>41015</u>
	Hora Chegada <u>14:05</u>	Hora Chegada <u>14:23</u>	Hora Chegada <u>15:25</u>	
	Hora Saída <u>14:20</u>	Hora Saída <u>15:00</u>	Hora Saída <u>15:35</u>	
Hora <u>13:00</u>	Visto Origem <u>Rnata</u>	Vista Destino <u>Fabian Beatriz C.</u>	Vista Destino <u>Rnata</u>	Hora <u>16:20</u>

Neurológica ☐ Lúcido ☐ Orientado ☐ consciênte ☐ Confuso ☐ Comunicativo ☐ Não Verbaliza

Pupilas ☒ Isocóricas ☐ Anisocorica ☐ Midriática ☐ 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

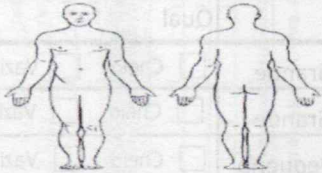
Sinais Vitais							
HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

Abertura ocular <input type="checkbox"/> Espontânea 4 <input type="checkbox"/> voz 3 <input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	Resposta Verbal <input type="checkbox"/> Orientada 5 <input type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Palavras Improprias 3 <input type="checkbox"/> Palavras Incompreensivas 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	Resposta Motora <input 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									

AUP
MS(E)
T=29



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

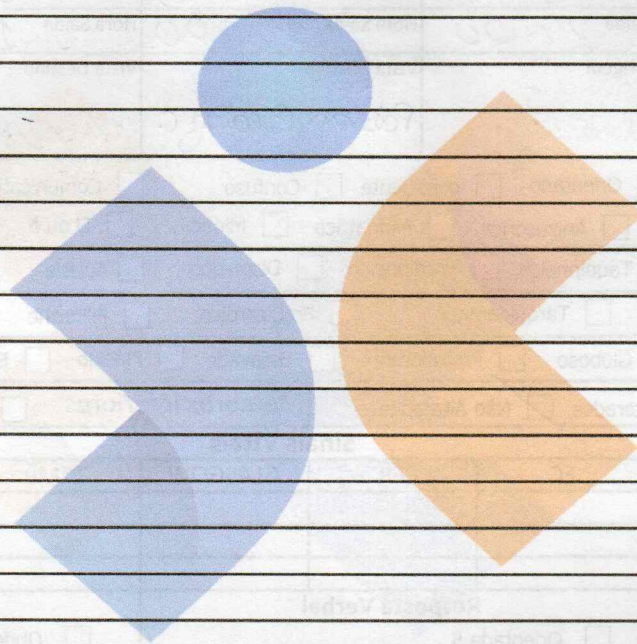
Nome _____ **assinatura** _____
RG/CPF _____

Observações Médicas / Enfermeiros

14:05h = Chego ao Hospital de origem, criança no colo da mãe, consciente, orientado, captação, eufórica, hemodinâmica, em A.A., mantendo AUP em MS(E) J:24, Salinizada, transfiro criança para bebê conforto e conduzo para ambulância.

14:23h = Chego ao Hospital de destino para realização de exame.

15:25h = Chego ao Hospital de origem 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
Data ____/____/____

Enfermagem Responsável
Alina C. M. Carmen: 871.076
Data 09/04/25

Condutor Socorrista
Paulo A. Olion
Data 09/04/25

Dra. Andrea Palma
CRM 105447
ROE 134198
Pediana