

# Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

318

☒ 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 FRONED Solicitante C. J. A. J. Data 12.03.25

Origem: H. 10 JULHO x PLANI UNDO x H. 10 JULHO

Nome: Penielte Ines de la Carlos Idade 52 Contato: \_\_\_\_\_

Sexo ☐ Masculino ☒ Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>174793</u>	km <u>174793</u>	km <u>174834</u>	km <u>174818</u>	km <u>174826</u>
Hora <u>08:502</u>	Hora Chegada <u>09:05</u>	Hora Chegada <u>09:37</u>	Hora Chegada <u>10:46</u>	Hora <u>11:30</u>
	Hora Saída <u>09:25</u>	Hora Saída <u>10:30</u>	Hora Saída <u>10:55</u>	
	Visto Origem <u>Plane</u>	Visto Destino <u>Casimiro</u>	Visto Destino <u>Thais Moreira Alves de Souza Siqueira Enfermeira COREN-SP 539385</u>	

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

Pupilas ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Midriática ☐ Miotica ☐ D ou E ☐ É Maior

Respiratória ☒ Eupnéico ☐ Taquipnéico ☐ Bradipnéico ☐ Dispneico ☐ Apneia

Circulatório ☒ Normocárdico ☐ Tarquicárdico ☐ 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

### Abertura ocular

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

### Resposta Verbal

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

### Resposta Motora

- ☐ Obedece comandos 6  
☐ Localiza Dor 5  
☐ Movimentos de retardia 4  
☐ Flexão Anormal 3  
☐ Extensão Anormal 2  
☐ Nenhuma

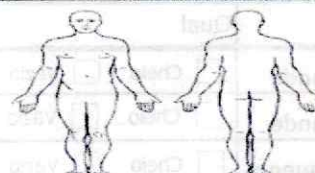
TRAUMA	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
	Escoriação									
	Cont									
	Ferim									
	Luxa									
	Frat									
	Lace									
	Secç									

### QUEIMADURAS

	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie
I									
II									
III									

AUP

M 5 (E)



## 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

09:00h - Chego ao Hospital de origem paciente em estado consciente, Orientado, estável, eufórico, normotensivo, normotérmico. A/D Orem M 5 (E) 5 24, transição para mec e condução a ambulância.

09:10h - Chego ao Hospital de destino, realizado exame.

10:50h - Chego ao Hospital de origem.

10:55h - Retorno no caso.

## Materiais Utilizados

Pedágios		Qual	Refeição / Lanche		Sim	Não
Oxigênio	01 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quanto Bar Utilizou			
	02 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quanto Bar Utilizou			
	03 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quanto Bar Utilizou			
	04 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quanto Bar Utilizou			

Médico Responsável

Data

Enfermagem Responsável

Data

Condutor Socorrista

Data

Alun

12/03/25

Lucas H

12/03/25





GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE  
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2- N° Guia no Prestador

369529

3 - Número da Guia Principal		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
8 - Nome do Solicitante		9 - Validade da Carteira		89 - Nome Social		12 - Atendimento a RN	
14 - Nome do Contratado		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho		18 - UF	
19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Assinatura do Profissional Solicitante		22 - Data da Solicitação	
23 - Indicação Clínica		24 - Descrição		25 - Quantidade		26 - Quantidade	
27 - Quantidade		28 - Quantidade		29 - Quantidade		30 - Quantidade	
31 - Quantidade		32 - Quantidade		33 - Quantidade		34 - Quantidade	
35 - Quantidade		36 - Quantidade		37 - Quantidade		38 - Quantidade	
39 - Quantidade		40 - Quantidade		41 - Quantidade		42 - Quantidade	
43 - Quantidade		44 - Quantidade		45 - Quantidade		46 - Quantidade	
47 - Quantidade		48 - Quantidade		49 - Quantidade		50 - Quantidade	
51 - Quantidade		52 - Quantidade		53 - Quantidade		54 - Quantidade	
55 - Quantidade		56 - Quantidade		57 - Quantidade		58 - Quantidade	
59 - Quantidade		60 - Quantidade		61 - Quantidade		62 - Quantidade	
63 - Quantidade		64 - Quantidade		65 - Quantidade		66 - Quantidade	
67 - Quantidade		68 - Quantidade		69 - Quantidade		70 - Quantidade	
71 - Quantidade		72 - Quantidade		73 - Quantidade		74 - Quantidade	
75 - Quantidade		76 - Quantidade		77 - Quantidade		78 - Quantidade	
79 - Quantidade		80 - Quantidade		81 - Quantidade		82 - Quantidade	
83 - Quantidade		84 - Quantidade		85 - Quantidade		86 - Quantidade	
87 - Quantidade		88 - Quantidade		89 - Quantidade		90 - Quantidade	
91 - Quantidade		92 - Quantidade		93 - Quantidade		94 - Quantidade	
95 - Quantidade		96 - Quantidade		97 - Quantidade		98 - Quantidade	
99 - Quantidade		100 - Quantidade		101 - Quantidade		102 - Quantidade	