

# Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

378

☐ 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 Prefeitura de Pardo Solicitante Andreia Data 10.08.24

Origem: 2170 X X

Nome: Ruteleu S.P. 20. Idade Contato:

Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>15982</u>	km	km	km
<u>158 971</u>	Hora Chegada <u>08:59</u>	Hora Chegada	Hora Chegada	
Hora	Hora Saída <u>13:20</u>	Hora Saída	Hora Saída	Hora
<u>08:05</u>	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	

Neurológica ☐ Lúcido ☐ Orientado ☐ Conciente ☐ Desorientado ☐ Inconsciente

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

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

Circulatório ☐ Pulso normocardiaco ☐ Ritímico ☐ Arritmico ☐ Dicrotico ☐ Taquisfmgia ☐ Brasisfmgia ☐ Filiforme

Abdômem ☐ 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 Incompreensíveis 2  
☐ Nenhuma 1

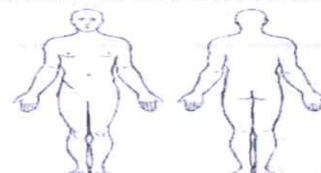
## Resposta Motora

- ☐ 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

assinatura

RG/CPF

## Observações Médicas / Enfermeiros

Sem intervenções.

## Materiais Utilizados

REALVIDAS

Pedagios		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**  
Dra. Maria Leticia Boueri Palmeira  
Médica  
CRM-SP 252431

Data 10 / 08 / 24

**Enfermeira Responsável**  
Ana Julia de Souza Rocha  
Enfermeira  
COREN-SP 760299

Data 10 / 08 / 24

**Condutor Socorrista**

Data 10 / 08 / 24

Roberto