

# Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

313

<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 checked="" 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 ACL

Solicitante

C JAGASData 08/02/25Origem: IL Polyclinico Santista x Polyclinico de JulhoNome: Camila de Oliveira G. Paiva Idade 44 Contato:Sexo  Masculino FemininoSUS / CONVENIO SusdomeicaNº CARTEIRINHA 54588888485046320024

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>172750</u>	km <u>172774</u>	km <u>172816</u>	km	km <u>172884</u>
Hora <u>19:20</u>	Hora Chegada <u>19:55</u>	Hora Chegada <u>20:55</u>	Hora Chegada	
	Hora Saída <u>20:15</u>	Hora Saída <u>21:15</u>	Hora Saída	
	Visto Origem <u>Fabiano Nakano Marques</u> Corea-SP 813.850 - Enf.	Vista Destino <u>888</u>	Vista Destino	Hora <u>22:10</u>

Neurológica  Lúcido  Orientado  consciente  Confuso  Comunicativo  Não VerbalizaPupilas  Isocôricas  Anisocorica  Midriátrica  Miotica  D ou E  É MaiorRespiratória  Eupnéico  Taquipneico  Bradipneico  Dispneico  ApneiaCirculatório  Normocárdico  Tarquicardico  Bradicardico  FiliformeAbdomem  Plano  Globoso  Protuberante  Escavado  Flácido  Em Avental  GravidicoMembros Superior  Alterados  Não Alterados Membros Inferiores  Alterados  Não Alterados

## Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
<u>20:20</u>	<u>110x70</u>	<u>109</u>	<u>20</u>	<u>15</u>	<u>37.5</u>	<u>99%</u>	

### 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

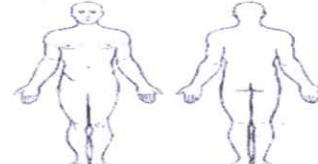
### Resposta Motora

- 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	Perín	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

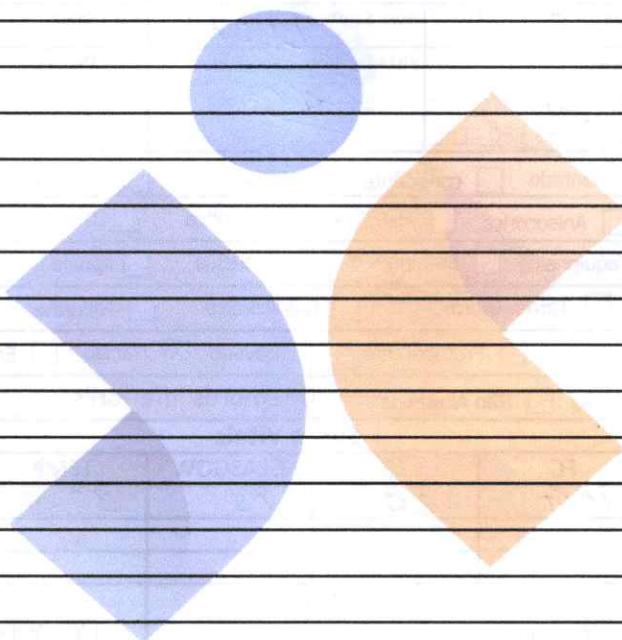
assinatura

RG/CPF

## Observações Médicas / Enfermeiros

Transferência hospitalar pós cirurgia de retirada de dreno, peritonito de aspirado com SVD, acesso em jugular (2), hidratando com SF, indo realizar TC de abdome e pelve, relato do Abd. Entregamos o paciente s/ intercorrências.

*Bruno*



## Materiais Utilizados

**REAL VIDAS**

Pedagios		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**

*Guilherme*

Data	/	/
------	---	---

**Enfermagem Responsável**

*Erica Resende  
599986*

Data	08/02/25
------	----------

**Condutor Socorrista**

*Wils Fernando*

Data	08/02/25
------	----------