

# Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

798

☐ BÁSICA ☒ UTI ADULTO ☐ UTI INFANTIL ☐ UTI NEO ☐ UTI ÁREA ☐ EVENTOS ☐ PARTICULAR ☐ APH  
☐ EXAMES ☒ TRANSFERÊNCIA 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** HEL KEMORDES **Solicitante** C. V. J. S. **Data** 04/10/24

**Origem:** Santa C. Cruz x Santa Cosme e Damião

**Nome:** Ana Carolina Cesarino **Idade** 29 **Contato:**

**Sexo** ☐ Masculino ☐ Feminino Castanho  
**SUS / CONVENIO** **Nº CARTEIRINHA**

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>55176</u>	km <u>55286</u>	km <u>55396</u>	km	km <u>55400</u>
	Hora Chegada <u>19:20</u>	Hora Chegada <u>20:50</u>	Hora Chegada	
	Hora Saída <u>19:50</u>	Hora Saída	Hora Saída	
Hora <u>17:50</u>	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	Hora <u>28:20</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 normocardiaco ☐ Ritímico ☐ Arritmico ☐ Dicrotico ☐ Taquisfmgia ☐ Brasisfmgia ☐ Filiforme

**Abdomem** ☐ Plano ☐ Globoso ☐ Protuberante ☐ Escavado ☐ Flácido ☐ Em Avental

**Membros Superior** ☐ Alterados ☐ Não Alterados **Membros Inferiores** ☐ Alterados ☐ Não Alterados

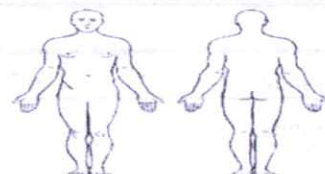
## Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input type="checkbox"/> Espontânea 4	<input type="checkbox"/> Orientada 5	<input type="checkbox"/> Obedece comandos 6
<input type="checkbox"/> voz 3	<input type="checkbox"/> Confusa 4	<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5
<input type="checkbox"/> A dor 2	<input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3	<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Palavras Incomprêensivas 2	<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3
	<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<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									



## 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

Quando ambulância chegou às 19:20h  
 In Jakaro nasceu, curado SFA  
 Também causou feto às 18:00h

Maire F. Silva  
 Médica  
 CRM-SP 197329

Chegada da equipe às 19:20hs com Notícia que o parto teve às 19:03hs e portanto não mais necessitando o transporte da paciente Ana Carolina pois sem complicações pre-existentes e seu pré-natal de alto risco entrando em trabalho de parto expulsivo:

m. 20:50.

## 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

Dr. Breen  
 Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Enfermagem Responsável

Elisângela de Lima Faria  
 Enfermeira  
 COREN-SP: 601.917  
 Data 09/10/24

Condutor Socorrista

Carlos  
 Data 09/10/24