

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

318

<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 type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> RX	<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 type="checkbox"/> TOMO	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM
	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TOT/TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.

Outros *Av. Neuro*CLIENTE *Fundo m. Saude.* Solicitante *Mi.* Data *17-04-25*Origem: *Santa Lora Gravatá* x *HRVL.*

x

Nome: *Delmíro Antônio Alves* Idade *74* Contato:Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 177750	km 177805.	km 177853	km 1.	km 177872.
	Hora Chegada 07:07.	Hora Chegada 08:05	Hora Chegada	
	Hora Saída 07:20	Hora Saída 09:10	Hora Saída	
Hora 05:50	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	Hora 9:30.

Neurológica Lúcido Orientado Consciente Confuso Comunicativo Não VerbalizaPupilas Isocôricas Anisocôrica 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
07:10h	140x80	87	20	15	36,3	96,1	

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

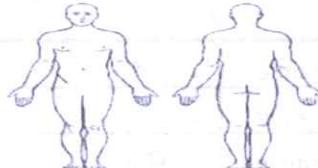
Resposta Motora

- 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

07:10h - Paciente acomodado em maca para transporte em ambulância VTI, apresenta EG:15, LOTE comunicativo, impuro em AA, mantendo ANP em forma cubital PSB salinizado, desambulando MNSII livres, acompanhado de sua esposa para avaliação neurológica em HRUP.

07:20h - Saida da origem para HRUP.

Helena Rezende Barbosa
COREN-SP 709406
Enfermeira

Transfer paciente em condições estáveis para avaliação da neurocirurgia devido à hematomia subdural. A conduta traseira fechada incluiu transferência hospitalar para Unidades de Emergência. Convive com paciente, acompanhante (filho) e descreveu todos os cuidados de neurocirurgião do serviço.

Dr. Livia G. D. Di Angelis
Médica
CRM-SP 267475

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		

Dr. Livia G. D. Di Angelis
Médico Responsável
Médica
CRM-SP 267475

Data _____/_____/_____

Enfermagem Responsável
Helena Rezende Barbosa
COREN-SP 709406
Enfermeira

Data 17/09/25

Condutor Socorrista
Sóulo N. Oliveira

Data 17/09/25

**Santa Casa de Misericórdia
de Aparecida**



SOLICITAÇÃO DE AMBULÂNCIA

NOME: Delmio Antônio Alves

Solicito:

Ambulância UTI devido a complexidade clínica do paciente .

Dr. Mário Cesarini Filho
Médico
CRM-SP 19724
Aparecida 17 / 04 / 2025