

Ficha de Acompanhamento

OS 1445
VTR 798

☐ BASICA ☒ 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

CLIENTE +BOMIA-SA **Solicitante** C. VAFAS **Data** 09/04/2025

Origem: Centro médico RABH x UDI Ant. Afonso

Nome: Camerison Barbes Xiranda Calvan **Idade** 64 **Contato:**
Sexo ☒ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO N5 **Nº CARTEIRINHA** N5

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 76292	km 76261	km 76261	km 76261	km 76343
Hora Chegada 13:51	Hora Chegada 14:26	Hora Chegada 16:00	Hora Chegada 16:10	Hora 17:30
Hora Saida 12:00	Hora Saida 15:58	Hora Saida 16:10	Hora Saida 16:10	Hora 17:30
Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	Vista Destino	Vista Destino
Múbia Ellen de Rezende Souza COREN SP 474419 - ENF	Taline R. B. S. Enfermeira COREN SP 474419 - ENF	Gabriela Zuppa Monteiro COREN SP 630079 - ENF	Gabriela Zuppa Monteiro COREN SP 630079 - ENF	Gabriela Zuppa Monteiro COREN SP 630079 - ENF

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

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

Respiratória ☒ Eupnéico ☐ Taquipneico ☐ Bradipneico ☐ Dispneico ☐ Apneia

Circulatório ☒ Normocárdico ☐ Tarquicardico ☐ Bradicardico ☐ Filiforme

Abdomem ☐ Plano ☐ Globoso ☒ Protuberante ☐ Escavado ☒ Flácido ☐ Em Avental ☐ Gravidico

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

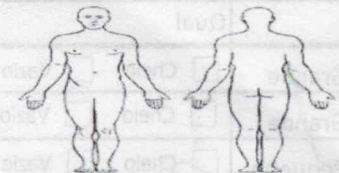
Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
16h				15			

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

TRAUMA	Descrição	Crã	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 Rosemeire **assinatura**
RG/CPF 24.238.561-8 / 159.432.458-12

Observações Médicas / Enfermeiros

13:59. Recebo S. Tomerlon Jaramanda de B. da
hemodinamica comunicando pedando el 7 a 15 de
março, Capade, buhadado e / AIVP calasigado em
100% ambrubidul D, depois ma compantia da
elapa: democue el pndesepmencia so per
cump derude clausul indididade porim puceto
pndesepmencia elapade.

14:30 - Paciente emba org ada de chagun
clausul MDT. ma compantia da elapa

15:30 Ténorimo de escame, Realizado el 12.
dercampencia elhu aruandendo idagun

16:00 - Pregada a elisba democue el 12. a
Inaportoria, imagone elisba el 12. a
briela elisba. Si mal

17:30. Lim de democue el 12. a

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

[Assinatura]

Data: ____/____/____

Enfermeiro Responsável

[Assinatura]

Data: 09/04/25

Condutor Socorrista

[Assinatura]

Data: 09/04/25