

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

1483

788

☒ 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

UNIMED ITE

Solicitante

C. UAFAS

Data

23/04

Origem:

11. U. TAMBORÉ

x

12. FIC 1. GARCIA

x

Nome:

Abner Filipe de Sousa da Silva

Idade

71

Contato:

(11) 99664-0011

SEXO

☐ Masculino

☒ Feminino

SUS / CONVENIO

Unimed Sautole

Nº CARTEIRINHA

0040 7507 0019 64005

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 78109	km 78.127	km 78.177	km 78239	km
	Hora Chegada 02:35	Hora Chegada 03:20	Hora Chegada 04:15	
	Hora Saída 02:42	Hora Saída 03:30	Hora Saída	
Hora 01:50	Visto Origem Abner Filipe de Sousa Enfermeiro COREN-SP 511033	Visto Destino Giovanna Helena da Silva Cavalca COREN-SP 441.175 - EN	Visto Destino	Hora

Neurológica

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

Pupilas

☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Midrítricas ☐ Mioticas ☐ D ou E ☐ É Maior

Respiratória

☒ Eupnéico ☐ Taquipnéico ☐ Bradipnéico ☐ Dispneico ☐ Apneia

Circulatório

☒ Normocárdico ☐ Taquicárdico ☐ Bradicárdico ☐ 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
02:40	120/79	69	18	15	36.7	98%	-

Abertura ocular

☒ Espontânea 4
☐ voz 3
☐ A dor 2
☐ Nenhuma 1

Resposta Verbal

☒ Orientada 5
☐ Confusa 4
☐ Palavras Improórias 3
☐ Palavras Incompreêncivas 2
☐ Nenhuma 1

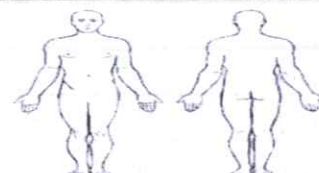
Resposta Motora

☒ 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

JALDEAN BATISTA

assinatura

RG/CPF

144659898-57

Observações Médicas / Enfermeiros

Transfêrencia realizada sem intercorrência

Materiais Utilizados

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

Data

Enfermeiro Responsável

Carla de Oliveira
Enfermeira
CRM - SP 000001

Data

27/04/25

Conductor Socorrista

Data