

# Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

798

- BÁSICA  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  TOT/TOM  US  RMN  T.C. HIPER. Outros *cardiagao*

**CLIENTE** *Prefeitura Rosaria* **Solicitante** *Nir* **Data** *11/09/25*

**Origem:** *Bsp. HR São José x Trajano* X.

**Nome:** *Geraldo Gama dos Santos* **Idade** *77* **Contato:** \_\_\_\_\_

**Sexo**  Masculino  Feminino

**SUS / CONVENIO**

*SUS*

**Nº CARTEIRINHA**

*505 700208999343521*

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <i>76568</i>	km <i>76623</i>	km <i>76177</i>	km	km <i>76772</i>
Hora Chegada <i>20:00</i>	Hora Chegada <i>21:30</i>	Hora Chegada		
Hora Saída <i>20:30</i>	Hora Saída <i>21:45</i>	Hora Saída		
Visto Origem <i>mocidade</i>	Vista Destino <i>Juliana</i>	Vista Destino		Hora <i>22:30</i>
Hora <i>18:30</i>				

**Neurológica**  Lúcido  Orientado  Consciente  Confuso  Comunicativo  Não Verbaliza

**Pupilas**  Isocôricas  Anisocorica  Midriátrica  Miotica  D ou E  É Maior

**Respiratória**  Eupnélico  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

## 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 Motoria

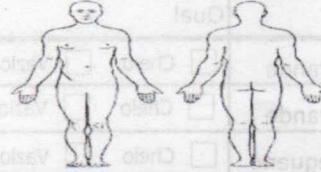
- Obdece comandos 6  
 Localiza Dor 5  
 Movimentos de retardia 4  
 Flexão Anormal 3  
 Extensão Anormal 2  
 Nenhuma

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									

*AUP  
MS(E)  
reticida*



## 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

20:00h - Chega ao hospital de origem paciente com leito na emergência, consciente, orientado, abel, exame em A.A, mantendo distúrcia não funcional em M.S (E) retíndio fúncio p/ via de triagem, p/ catether em Rulcónio (I) p/ dialise, curativo + estancamento em MI (E), transfus p/ moco e conduta p/ ambulânci  
21:30h - Chega ao hospital de destino sem inconsciencia.

## 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**

*[Assinatura]*

Data \_\_\_\_\_

**Enfermagem Responsável**

*[Assinatura]*

Data 11/04/25

**Condutor Socorrista**

*[Assinatura]*

Data 11/04/25