

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

☐ 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 ☐ T. C. HIPER. ☐ Outros
☐ GT ☐ TQT/TQM ☐ US ☐ RMN

EMPRESA H. CEPOG **Solicitante** C. VAGAS **Data** 10/02/25

Origem: CEPOG GUARÁ x H. FREI GALVÃO x CEPOG GUARÁ

Nome: ELFONORA BEATRIZ DA CONCEIÇÃO **Idade** 53 **Contato:** _____
Sexo ☐ Masculino ☒ Feminino

SUS / CONVENIO UNIMED **Nº CARTEIRINHA** 09700022003208126

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>68422</u>	km <u>68453</u>	km <u>68455</u>	km <u>68459</u>	km <u>68496</u>
	Hora Chegada <u>15:20</u>	Hora Chegada <u>15:40</u>	Hora Chegada <u>18:10</u>	
	Hora Saída <u>15:33</u>	Hora Saída <u>18:00</u>	Hora Saída <u>18:20</u>	
Hora <u>14:42</u>	Visto Origem <u>Dr. Cristino Ferreira Maciel</u> <u>CRM 460609 - ENF</u>	Vista Destino	Vista Destino <u>rlf me</u>	Hora <u>18:51</u>

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

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

Respiratória ☒ Eupnéico ☐ Taquipnéico ☐ Bradipnéico ☐ Dispneico ☐ Apneia

Circulatório ☒ Normocárdico ☐ Tarquicárdico ☐ Bradicárdico ☐ Filiforme

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

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

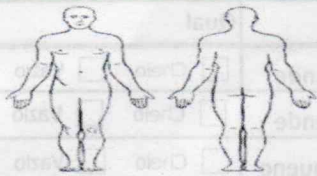
Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
<u>15:30</u>	<u>120x80</u>	<u>81</u>	<u>18</u>	<u>15</u>	<u>36.6</u>	<u>99%</u>	

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 Incomprêensivas 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input checked="" type="checkbox"/> Obedece 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	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 Agatha Beatriz C. Paula **assinatura**

RG/CPF 475.113.948-76

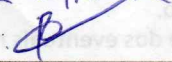
Observações Médicas / Enfermeiros

Realização de TC de tórax/abdome + RM Crânio em paciente
c/ paralisia à D- sem intercorrências.

Materiais Utilizados

M - 18h30

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 Bruna Oliveira 
Data 10/2/25

Enfermagem Responsável Bruna Oliveira 599986
Data 10/02/25

Condutor Socorrista 
Data / /