

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

318

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

EMPRESA

FUNDO M. Saúde

Solicitante

Data

12/03/25

Origem:

Santa casa gratuita x Santa Casa Guarapiranga x

Nome:

Nelo Sérgio dos Santos

Idade

65

Contato:

Sexo

☒ Masculino

☐ Feminino

SUS / CONVENIO

SUS

Nº CARTEIRINHA

SUS

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 11:50	km 174891	km 174899	km 174906	km 174952
	Hora Chegada 13:30	Hora Chegada 13:52	Hora Chegada 15:50	
	Hora Saída 13:36	Hora Saída 15:40	Hora Saída 15:55	
Hora 174826	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	Hora 17:00
	Maicon Sávio Mota	Maicon Sávio Mota	Maicon Sávio Mota	
	Maicon Sávio Mota	Maicon Sávio Mota	Maicon Sávio Mota	
	Maicon Sávio Mota	Maicon Sávio Mota	Maicon Sávio Mota	

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 ☐ 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

Abertura ocular

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

Resposta Verbal

☐ Orientada 5
☐ Confusa 4
☐ Palavras Improórias 3
☐ Palavras Incompreensivas 2
☐ Nenhuma 1

Resposta Motora

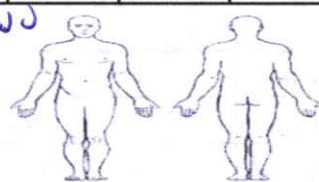
☐ Obedece comandos 6
☐ Localiza Dor 5
☐ Movimentos de retardia 4
☐ Flexão Anormal 3
☐ Extensão Anormal 2
☐ Nenhuma

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									

AUP 5=00
MS/DI



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

assinatura

RG/CPF

Observações Médicas / Enfermeiros

13:30h = Chego ao hospital de origem ~~paciente~~
no leito, Consciente, Orientado, calafus, dispneico,
normocardico, mantendo AUP em MS (D). Transfiro
paciente para maca e conduzo a ambulância
13:52h = Chego ao hospital de origem para a
realização de exame.
15:54h = Chego ao hospital de origem sem
intercorrências.

Materiais Utilizados

REALVIDAS

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		

Médico Responsável

Data

Enfermagem Responsável

Data

Condutor Socorrista

Data

[Assinatura]
12/03/25

[Assinatura]
12/03/25

[Assinatura]
12/03/25

**Santa Casa de Misericórdia
de Aparecida**



SOLICITAÇÃO DE AMBULÂNCIA

NOME: Nilo Sérgio dos Santos

Solicito:

Ambulância UTI devido a complexidade clinica do
paciente .

Aparecida 12 / 03 / 25

Dr. Nestor Pereira de Luca
CRM 23310 - AMSP 106105