

# Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA	<input type="checkbox"/> UTI ADULTO	<input type="checkbox"/> UTI INFANTIL	<input type="checkbox"/> UTI NEO	<input type="checkbox"/> UTI ÁREA	<input type="checkbox"/> EVENTOS	<input type="checkbox"/> PARTICULAR	<input type="checkbox"/> APH
<input type="checkbox"/> EXAMES	<input type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PET SCAM	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT	<input type="checkbox"/>

**Tipos de Exames**  CATE  TOMO  RX  CPRS  PET SCAM  
 GTT  TQT/TQM  US  RMN  T. C. HIPER. **Outros** AV. Vascular

**EMPRESA** Real Tidas **Solicitante** \_\_\_\_\_ **Data** 01/03/25

**Origem:** Santabate  Guará  Iacuvale

**Nome:** Oliveiro Batista Pinto **Idade** 72 **Contato:** (11) 99761-0325

**Sexo**  **Masculino**  **Feminino**

**SUS / CONVENIO** **Nº CARTEIRINHA**

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>173998</u>	km <u>174037</u>	km <u>174087</u>	km	km <u>174111</u>
Hora <u>18:50</u>	Hora Chegada <u>20:37</u>	Hora Chegada <u>21:52</u>	Hora Chegada	
	Hora Saida <u>21:15</u>	Hora Saida <u>21:35</u>	Hora Saida	
	Visto Origem <u>Luan Henrique da S. Rabelo</u>	Vista Destino <u>Enfermeira</u>	Vista Destino	Hora <u>23:30</u>

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

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

**Respiratória**  Eupnáico  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	Resposta Verbal	Resposta Motoria
<input type="checkbox"/> Espontânea 4	<input type="checkbox"/> Orientada 5	<input type="checkbox"/> Obdece comandos 6
<input type="checkbox"/> voz 3	<input type="checkbox"/> Confusa 4	<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5
<input type="checkbox"/> A dor 2	<input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3	<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Palavras Incomprênsivas 2	<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3
	<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<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								AUP	MS(E)
	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid		
I										
II										
III										

## 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	

# 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  
 GTT  TQT/TQM  US  RMN  T. C. HIPER. **Outros** AV. Vascular

**EMPRESA** Real Vidas **Solicitante** \_\_\_\_\_ **Data** 01/03/25

**Origem:** Santos  Vila Velha  **Destino:** Jacobina

**Nome:** Oliverio Batista Pinto **Idade** 72 **Contato:** (61) 99761-0325

**Sexo**  **Masculino**  **Feminino**

## SUS / CONVENIO

## Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>173998</u>	km <u>174037</u>	km <u>174087</u>	km	km <u>174111</u>
Hora <u>18:50</u>	Hora Chegada <u>20:37</u>	Hora Chegada <u>21:52</u>	Hora Chegada	
	Hora Saida <u>21:15</u>	Hora Saida <u>21:52</u>	Hora Saida	
	Visto Origem <u>Quinta Helena da S. Rabelo</u>	Vista Destino <u>Enfermeira COREN-CD COAC</u>	Vista Destino	Hora <u>23:30</u>

**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

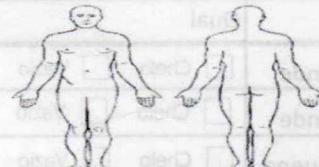
HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

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

AUP  
MS(E)



## 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	