

# 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   ☐ Outros  
☐ GTT   ☐ TQT/TQM   ☐ US   ☐ RMN   ☐ T. C. HIPER

EMPRESA W.C. CENE   Solicitante e. Vafas   Data 29.03.25

Origem: 11 UNIMED LORE x P. LORENA   x

Nome: MARIA HELENA A. DE SOUZA   Idade 80   Contato:

Sexo   ☐ Masculino   ☒ Feminino

SUS / CONVENIO   Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>175278</u>	km <u>175329</u>	km <u>175331</u>	km <u>175388</u>	km
	Hora Chegada <u>19:00</u>	Hora Chegada <u>19:35</u>	Hora Chegada <u>21:00</u>	
	Hora Saída <u>19:28</u>	Hora Saída <u>19:42</u>	Hora Saída	
Hora <u>19:50</u>	Visto Origem <u>19:42</u>	Vista Destino	Vista Destino	Hora

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

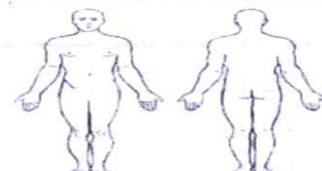
## Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

<b>Abertura ocular</b> <input type="checkbox"/> Espontânea 4 <input type="checkbox"/> voz 3 <input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<b>Resposta Verbal</b> <input type="checkbox"/> Orientada 5 <input type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Palavras Impróprias 3 <input type="checkbox"/> Palavras Incompreensíveis 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<b>Resposta Motora</b> <input 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 Alcides de Jesus   assinatura [assinatura]  
 RG/CPF 22.195 952-2

## Observações Médicas / Enfermeiros

19:09 - Chegado ao hospital Unimed, para alto hospitalar do paciente Maria Helena, 80a, com uso de O<sub>2</sub>, com cateter nasal, 3 litros por minuto, pt já utiliza na sua residência, 19:28 - pt já embarcado, Saída do hospital para sua residência. 19:35 - Chegado na residência do pt, sem novidade. 19:42 - Saída da residência do pt sem intervenção. Retornando para base sem novidade.

## Materiais Utilizados

oxigênio portátil, extensor de cateter.

Pedágios		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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Enfermagem Responsável

Leidy A. Gonzaga  
1808995

Data 24/03/25

Conductor Socorrista

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_