

Ficha de Acompanhamento

OS
VTR 520

☐ 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 Promed. Solicitante _____ Data 24.02.25

Origem: H.P. CACAPUA x H.P. SSC. x H.P. CACAPUA

Nome: RODRIGO SANTO FERREIRA Idade _____ Contato: _____

Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO BRADESCO. Nº CARTEIRINHA 848963200485008.

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>139372.</u>	km <u>139367.</u>	km <u>139391</u>	km <u>139416</u>	km
	Hora Chegada <u>17:13.</u>	Hora Chegada <u>18:15.</u>	Hora Chegada <u>19:00</u>	
	Hora Saida <u>17:53</u>	Hora Saida <u>19:25</u>	Hora Saida <u>20:00</u>	
Hora <u>17:00</u>	Visto Origem <u>Isaque dos Santos Vitoria</u> Auxiliar de Enfermagem COREN-SP 932242	Visto Destino <u>Gislene C. Duarte</u> Téc. de Enfermagem COREN-SP 1992528	Visto Destino <u>Patima R. de Silva</u> Aux. Enfermagem COREN-SP 203555-AE	Hora

Neurológica ☐ Lúcido ☐ Orientado ☐ consciênte ☐ Confuso ☐ Comunicativo ☐ Não Verbaliza

Pupilas ☐ Isocóricas ☐ Anisocórica ☐ Midrítrica ☐ Miotica ☐ D ou E ☐ É Maior

Respiratória ☐ Eupnéico ☐ 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

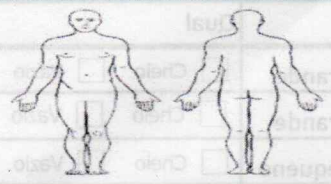
Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input type="checkbox"/> Espontânea 4 <input type="checkbox"/> voz 3 <input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Orientada 5 <input type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3 <input type="checkbox"/> Palavras Incomprêncivas 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<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 Luana Cristina de Paula Ferreira assinatura Luana Cristina
 RG/CPF 55.864 062-X

Observações Médicas / Enfermeiros

REMOCAO REALIZADA SEM INTERCORRENCIA

Materiais Utilizados

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

Data ____/____/____

Enfermagem Responsável

Data

24/02/25

Conductor Socorrista

Data

____/____/____

Luciana Martins