

Ficha de Acompanhamento

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

Carsi

Solicitante

Central Vagos

Data

07/03/20

Origem:

Cesag

x

Pari d'Arcia

x

Nome:

João Bosco Quintas do Santos

Idade

Contato:

Sexo

☒ Masculino

☐ Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 174526	km 174521	km 174524	km 174526	km 174526
	Hora Chegada 17:34	Hora Chegada 17:58	Hora Chegada 18:12	
	Hora Saida 17:47	Hora Saida 18:03	Hora Saida 18:15	
Hora 17:21	Visto Origem * Claudinea Alves Balieiro 306.688 - ENF	Vista Destino SNE	Vista Destino	Hora 18:52

Neurológica

☒ Lúcido

☒ Orientado

☒ consciênte

☐ Confuso

☐ Comunicativo

☐ Não Verbaliza

Pupilas

☒ Isocóricas

☐ Anisocórica

☐ Midriátrica

☐ Miotica

☐ D ou E

☐ É Maior

Respiratória

☒ Eupnéico

☐ Taquipnéico

☐ Bradipnéico

☐ 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

☐ Espontânea 4

☐ voz 3

☐ A dor 2

☐ Nenhuma 1

Resposta Verbal

☐ Orientada 5

☐ Confusa 4

☐ Palavras Improórias 3

☐ Palavras Incomprêencivas 2

☐ Nenhuma 1

Resposta Motora

☐ Obdece 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									

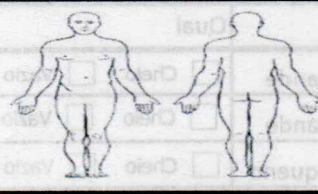
QUEIMADURAS

	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie
I									
II									
III									

SNE

naúra

(E)



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

RG/CPF

assinatura

Observações Médicas / Enfermeiros

17:34h = Chego ao Hospital de origem, paciente, em leito de enfermagem, Consciente, período confusão, pulso - exponeico, Normotensão, mantendo SNE em Vaino 30/30 todos, transição para moro e encaminhado para Ambulância.

17:58h = Chego ao destino, residência do paciente sem intercorrência.

Materiais Utilizados

Pedagios		Qual	Refeição / Lanche	Sim	Não
Oxigênio	01 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input checked="" 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

Enfermagem Responsável

Conductor Socorrista

Data ____/____/____

Data 07/03/25

Data ____/____/____