

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

798

☐ BÁSICA ☒ UTI ADULTO ☐ UTI INFANTIL ☐ UTI NEO ☐ UTI ÁREA ☐ EVENTOS ☐ PARTICULAR ☐ APH
☒ EXAMES ☒ TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR ☐ ALTA HOSPITALAR ☐ INTERNAÇÃO ☐ SIV - INT

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

EMPRESA *F. Municipal Saúde* Solicitante *NIR* Data *07/03/25*

Origem: *S. CASA APARECIDA* x *H. R. U. P. TIE* x *SANTA. C. A. A. D.*

Nome: *Luiz Carlos dos Santos* Idade *71* Contato:

Sexo ☒ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO *AUS* Nº CARTEIRINHA *34.101928*

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <i>70887</i>	km <i>70991</i>	km <i>70987</i>	km <i>71010</i>	km
	Hora Chegada <i>09:19</i>	Hora Chegada <i>09:59</i>	Hora Chegada <i>11:43</i>	
Hora <i>08:35</i>	Hora Saída <i>09:55</i>	Hora Saída <i>11:28</i>	Hora Saída	
	Visto Origem <i>Selma Benedita Félix COREN-SP 401466 TE</i>	Vista Destino <i>Marco Filipe Ladeira da Silva COREN-SP 250.055-Ente...</i>	Vista Destino	Hora

Neurológica ☐ Lúcido ☒ Orientado ☐ consciente ☐ Confuso ☐ Comunicativo ☐ Não Verbaliza

Pupilas ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Midríatica ☐ 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

Abertura ocular

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

Resposta Verbal

- ☐ Orientada 5
☐ Confusa 4
☐ Palavras Improórias 3
☐ Palavras Incompreêncivas 2
☐ Nenhuma 1

Resposta Motora

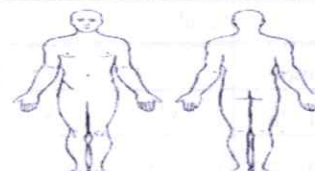
- ☐ Obedece comandos 6
☐ Localiza Dor 5
☐ Movimentos de retardia 4
☐ Flexão Anormal 3
☐ Extensão Anormal 2
☐ Nenhuma

TRAUMA	Descrição	Crã	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									

*AUD
us (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

assinatura

RG/CPF

Observações Médicas / Enfermeiros

09:55h = Chego ao Hospital de origem pa-
 lente em sala de emergência com sinais
 vitais, comunicativo, afecção lipídica,
 neurocardíaco, mantendo monitorização cardi-
 oca, AUP em MS(E) Salizada, Plomado
 paciente em sala, e encaminhado para Ambu-
 lância.
 = Chego ao Hospital de destino,
 HRVP para avaliação de Neurologia.

Materiais Utilizados

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

Conductor Socorrista

Data