

# Ficha de Acompanhamento

US  
VTR 318

☐ 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

☐ GTT

☐ TQT /TQM

☐ US

☐ RMN

☐ T. C. HIPER.

Outros

EMPRESA

ACC. REMOÇÕES

Solicitante

SEOR. COSSA

Data

05.03.25

Origem:

H. BOCLIM TIEI

x

H. U. RTE

x

Nome:

Luiz Henrique da Silva

Idade

44

Contato:

Sexo

☐ Masculino

☐ Feminino

SUS / CONVENIO

SUL AMERICA

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 174388	km 174418	km 174418	km 174412	km
Hora Chegada 21:44	Hora Chegada 22:05	Hora Chegada 22:05	Hora Chegada 23:00	
Hora Saida	Hora Saida 22:25	Hora Saida	Hora Saida	
Hora 21:25	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	Hora
	Pedro Henrique Gonçalves			
	Enfermeiro			
	COREN-SP: 755385			

Neurológica

☐ Lúcido

☐ Orientado

☐ consciente

☐ Confuso

☐ Comunicativo

☐ Não Verbaliza

Pupilas

☐ Isocóricas

☐ Anisocórica

☐ Midrítrica

☐ 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 Incomprêncivas 2

☐ Nenhuma 1

Resposta Motora

☐ Obcede comandos 6

☐ Localiza Dor 5

☐ Movimentos de retardia 4

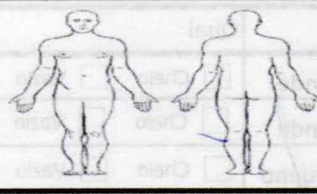
☐ Flexão Anormal 3

☐ 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	Perin	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

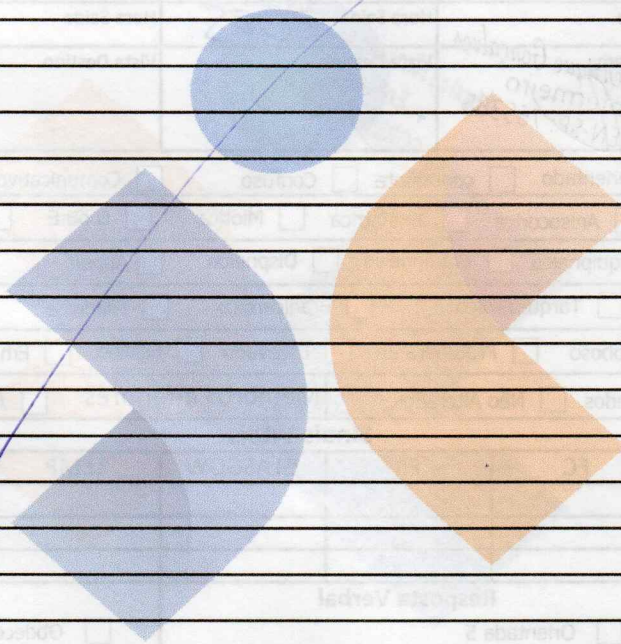
RG/CPF

assinatura



# Observações Médicas / Enfermeiros

Sem intercorrência durante o T.R.S.O.



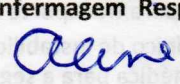
## Materiais Utilizados

REALVIDAS

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 05/03/25

Enfermagem Responsável

Data 05/03/25

Condutor Socorrista

Data