

Ficha de Acompanhamento

OS **1350**
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 ☐ GTT ☐ TQT /TQM ☐ US ☐ RMN ☐ T. C. HIPER. **Outros**

EMPRESA **Fundo M. Santa** Solicitante **NIC** Data **12.02.25**

Origem: **Aparecida** x **Taubaté** x

Nome: **Sara Oliveira** Idade **26** Contato:

SEXO ☒ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 173227	km 173279	km 173333	km 173357	km 173357
Hora 08:49	Hora Chegada 10:02	Hora Chegada 10:50	Hora Chegada 11:56	Hora 11:56
	Hora Saida 10:14	Hora Saida 11:20	Hora Saida 10:50	
	Visto Origem 10:14	Vista Destino	Vista Destino	

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

Pupilas ☒ Isocóricas ☐ Anisocórica ☐ Midriática ☐ 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
8h	100x60	78	23	15	36,2	98	
10h	88x58	90	21	15	36,5	92	
10:44h	94x53	99	23	15	36,3	92	

Abertura ocular

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

Resposta Verbal

☒ Orientada 5
☐ Confusa 4
☐ Palavras Improprias 3
☐ Palavras Incompreensivas 2
☐ Nenhuma 1

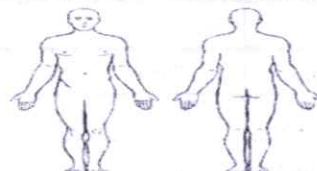
Resposta Motora

☒ Obedece 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									



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 **Sara Walva Marques Oliveira Bittencourt** assinatura **Sara Walva M.O. Bittencourt**
RG/CPF **400.804.788-32**

Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente Diabético uso de medicação metformina sem intercorrências durante Transporte

Karen da Silva Ferraz
COREN-SP 820489-ENF

10h - Saída do hospital de origem. Paciente estável, em ar ambiente. Julco 22 sem antebraço direito delimitado. LOTE, Glasgow 15, AR e ACV sem alterações ao exame.

10:45h - Chegada ao hospital de destino - Hosp Regional de Taubaté. Transporte sem intercorrências. Paciente entregue ao setor de hemodinâmica.

Dra. Elora Silva Lopes Leite
Médica
CRM-SP 181.533

12/12/25

Materiais Utilizados

Microport - fixação de acesso venoso

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 12/02/25

Condutor Socorrista

Data ____/____/____