

Ficha de Acompanhamento

OS 1382
VTR 788

☐ 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 H. C. 208 Solicitante e. V. P. J. Data 04/03/25

Origem: H. C. 208 x

Nome: Celiacia Victoria do Silva Sousa Idade 9 Contato:

Sexo ☐ Masculino ☒ Feminino

SUS / CONVENIO UNIMED Nº CARTEIRINHA 00025219100335055

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 70016	km 70065	km 70167	km 70294	km
	Hora Chegada 15:55	Hora Chegada 17:20	Hora Chegada 19:30	
	Hora Saída 16:20	Hora Saída 17:45	Hora Saída	
Hora 15:10	Visto Origem Michelle	Vista Destino Silva	Vista Destino	Hora

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

Pupilas ☒ Isocóricas ☐ Anisocórica ☐ Midriática ☐ 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

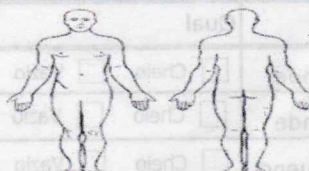
HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
16:30		133		55		93%	

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input type="checkbox"/> Espontânea 4	<input type="checkbox"/> Orientada 5	<input type="checkbox"/> Obedece comandos 6
<input type="checkbox"/> voz 3	<input type="checkbox"/> Confusa 4	<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5
<input type="checkbox"/> A dor 2	<input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3	<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Palavras Incompreêncivas 2	<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3
	<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<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									

AUP
MS(D)



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 Jéssica Alexandra da Silva

RG/CPF 94.275.056-0

assinatura

Jéssica A. da Silva

Observações Médicas / Enfermeiros

16h = Criança em contato - se consciente, orientada, comunicativa, tolera, supneis, UOguilardes, Ocompartado, do mãe, Marcano não reincidente no 52/min, AUL em M S(D) J = 22, Solini-3000, Transfiro para boca Condura a' lamelularia UTI Ocompartado da enfermeira, Médica e Pconista.

16:30h = Criança mantém hemodinamicamente estável no transporte.

17:20h = Chegada ao Hospital de origem (Unimed - Resende) sem intercorrências, para plantão para Enfermeira do Setor (UTI Pediátrica).

Materiais Utilizados

Pedagios		Qual	Refeição / Lanche	Sim	Não
Oxigênio	01 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quanto Bar Utilizou		
	02 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quanto Bar Utilizou		
	03 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quanto Bar Utilizou		
	04 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quanto Bar Utilizou		

Médico Responsável
Luiz Brat de Alm
Médico
CRM 49794

Data ____/____/____

Enfermagem Responsável

Olivia C. M.

Data 04 / 03 / 25

Conductor Socorrista

Data ____/____/____