

# Ficha de Acompanhamento

OS

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

CLIENTE Cassi Solicitante Central Vagos Data 15/04/25

Origem: Cepes x Santa Casa Vagos x

Nome: Maria Amato c.s. Amarante Idade 33 Contato: \_\_\_\_\_

Sexo ☐ Masculino ☒ Feminino

SUS / CONVENIO Banco do Brasil Nº CARTEIRINHA 0010060658850097

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>177656</u>	km <u>177694</u>	km <u>177696</u>	km	km <u>177750</u>
	Hora Chegada <u>22:35</u>	Hora Chegada <u>22:38</u>	Hora Chegada	
	Hora Saída <u>22:30</u>	Hora Saída <u>22:35</u>	Hora Saída	
Hora <u>22:35</u>	Visto Origem <u>Anel</u>	Visto Destino <u>[assinatura]</u>	Visto Destino	Hora <u>00:00</u>

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

Pupilas ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ 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

## 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

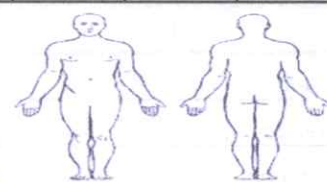
- ☐ Obedece comandos 6
- ☐ Localiza Dor 5
- ☐ Movimentos de retardia 4
- ☐ Flexão Anormal 3
- ☐ Extensão Anormal 2
- ☐ Nenhuma

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									

AUP  
MS(E)  
5=20



## 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

22:15h = Chego ao hospital de origem paciente em  
leito consciente, orientado, calmo, dispneico, normo-  
cardico, em A.A, mantendo AUP em MS(E) J=20,  
pressão femur (E), transfiro para maca e  
conduzo a emergência.

22:38h - Chego ao hospital de destino, deixo  
paciente aos cuidados do hospital local.

## Materiais Utilizados

REALVIDAS

Pedagios		Qual	Refeição / Lanche	Sím	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

Carina C. M.

Data 25/04/25

Condutor Socorrista

Paulo R. Silva

Data 25/04/25