

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

318

<input type="checkbox"/> BÁSICA	<input checked="" type="checkbox"/> UTI ADULTO	<input type="checkbox"/> UTI INFANTIL	<input type="checkbox"/> UTI NEO	<input type="checkbox"/> UTI ÁREA	<input type="checkbox"/> EVENTOS	<input type="checkbox"/> PARTICULAR	<input type="checkbox"/> APH
<input type="checkbox"/> EXAMES	<input checked="" type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT	

Tipos de Exames	<input type="checkbox"/> CATE	<input type="checkbox"/> TOMO	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	Outros
	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT / TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.	

CLIENTE ACL Remoções Solicitante Lentaf Vargas Data 17/04/2025
 Origem: Santa Clara de Loura x Hospital Samaritano x

Nome: Brian Miguel Barbosa da Silva Idade 13 Contato: (12) 99705.4339
 Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO Brasil América Nº CARTEIRINHA 01349.2030.2489.0109
 Saída Base Origem Destino Destino Chegada Base

km <u>177.938</u>	km <u>178.002</u>	km <u>178.088</u>	km	km <u>178237</u>
	Hora Chegada <u>23:15</u>	Hora Chegada <u>00:43</u>	Hora Chegada	
Hora <u>22:10 hor</u>	Hora Saída <u>23:30</u>	Hora Saída <u>01:03</u>	Hora Saída	Hora <u>03:10</u>
	Visto Origem <u>Marcos Paulo Reina Gomes da Silva</u> COREN-SP/837293-ENF	Vista Destino	Vista Destino	

Neurológica Lúcido Orientado Consciente Confuso Comunicativo Não Verbaliza

Pupilas Isocôricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnáico Taquipneico Bradipneico Dispneico Apneia EM TQT

Circulatório Normocárdico Tarquicardico Bradicardico Filiforme

Abdome 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
<u>23:20</u>	<u>110/70</u>	<u>95</u>	<u>18</u>	<u>05</u>	<u>36.1</u>	<u>97%</u>	<u>-</u>

Abertura ocular

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

Resposta Verbal

- Orientada 5
- Confusa 4
- Palavras Improórias 3
- Palavras Incomprêencivas 2
- Nenhuma 1

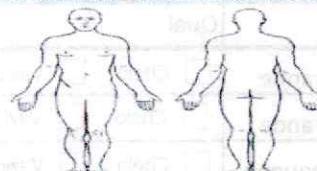
Resposta Motora

- Obdece 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 ambulância 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 Elaine de Fátima Souza Banderas

assinatura

RG/CPF 35207480831

Elaine de Fátima Souza Banderas

Observações Médicas / Enfermeiros

TRANSFERÊNCIA REALIZADA SEM INTERFERÊNCIA.

ANAMISES E P.A.

EXAMES E LAZ

ESTIGMOS E SÍNTESES

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

PROGNÓSTICO E PROVISÓRIO

CONSELHO E DIREÇÕES

ESTIGMOS E SÍNTESES

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

PROGNÓSTICO E PROVISÓRIO

CONSELHO E DIREÇÕES

ESTIGMOS E SÍNTESES

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

PROGNÓSTICO E PROVISÓRIO

CONSELHO E DIREÇÕES

ESTIGMOS E SÍNTESES

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

PROGNÓSTICO E PROVISÓRIO

CONSELHO E DIREÇÕES

Materiais Utilizados

REAL VIDAS

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

Jeferson Gomes dos Santos

MEDICO CRM: 4552*

Data

17/04/25

Enfermagem Responsável

E.P. Paula. 366961

Data

17/04/25

Condutor Socorrista

Loubon Pern

Data

17/04/25