

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

798

☒ 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 antonella.gouveia m. paula Solicitante c. vafas Data 08.08.24

Origem: U. CERES x S. C. GUARÁ x

Nome: Antonella Gouveia Meola de Paula Idade 09 Contato:

Sexo ☐ Masculino ☒ Feminino

SUS / CONVENIO UNIMED

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
<u>48650</u>	<u>48687</u>	<u>48690</u>	<u>48700</u>	
Hora	Hora Chegada	Hora Chegada	Hora Chegada	
<u>20:36</u>	<u>21:10</u>	<u>21:30</u>	<u>22:25</u>	
	Hora Saída	Hora Saída	Hora Saída	Hora
	<u>21:27</u>	<u>21:51</u>		
	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	
	<u>Giovanna M. Silva</u>	<u>1123420</u>		
	<u>COREN-SP 653577-EMF</u>			

Neurológica
 ☐ Lúcido
 ☐ Orientado
 ☐ Conciente
 ☐ Desorientado
 ☐ Inconsciente

Pupilas
 ☐ Isocóricas
 ☐ Anisocóricas
 ☐ Midrítrica
 ☐ Miotica
 ☐ D ou E
 ☐ É Maior

Respiratória
 ☐ Eupnéico
 ☐ Taquicardia
 ☐ Braquicardia
 ☐ Apnéia
 ☐ Cheyne Stokes
 ☐ Biot
 ☐ Kussmaul

Circulatório
 ☐ Pulso normocardiaco
 ☐ Ritimico
 ☐ Arritmico
 ☐ Dicrotico
 ☐ Taquisfmgia
 ☐ Brasisfmgia
 ☐ Filiforme

Abdomem
 ☐ Plano
 ☐ Globoso
 ☐ Protuberante
 ☐ Escavado
 ☐ Flácido
 ☐ Em Avental

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 Incompreensivas 2
☐ Nenhuma 1

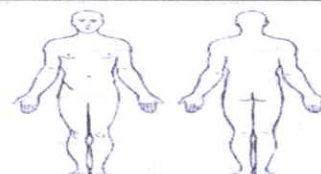
Resposta Motora

- ☐ 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 Gabriella A. Valentim meda

RG/CPF 463 228 998 -13

assinatura

Gabriella A. Valentim meda

Observações Médicas / Enfermeiros

paciente estável, montando SNE fechado, colostomia a B e AV com MSE balanceado, sem intercorrências no trajeto.

Materiais Utilizados

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 ____/____/____

Enfermeira Responsável

Enfermeira
CONSUL 08 260299

Data 08 / 08 / 24

Conductor Socorrista

Data ____/____/____