

Ficha de Acompanhamento

OS: 1611  
VTR: 318 - SPRINTER

☐ BÁSICA  
☐ APH

☐ EXAMES  
☒ TRASF. HOSPITALAR

☒ UTI ADULTO  
☐ ALTA HOSPITALAR

☐ UTI NEO  
☐ INTERNAÇÃO

☐ EVENTOS  
☐ SIV - INT

☐ PARTICULAR

Tipos de Exames

☐ CATE  
☐ GTT

☐ TOMO  
☐ TQT /TQM

☐ RX  
☐ US

☐ CPRS  
☐ RMN

☐ PET SCAM  
☐ T. C . HIPER

Outro:

Empresa: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

Solicitante: Nir

Data: 13/06/2025

Origem: SANTA CASA MISERICÓDIA DE APARECIDA - APARECIDA | SP

X

X

Nome: NESIO JOSÉ DE CARVALHO

Idade: 127

Contato:

Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino

SUS/CONVENIO: Sus

NºCARTEIRINHA: 708209196781149

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 185010	Km: 185051	Km:	Km:	Km: 185102
	Hora Chegada: 12:08	Hora Chegada:	Hora Chegada:	
Hora: 11:30	Hora Saída: 12:40	Hora Saída:	Hora Saída:	Hora: 14:00
	Visto Origem:	Visto Destino:	Visto Destino:	

Neurológica

☒ Lúcido

☒ Orientado

☒ Consciente

☐ Confuso

☐ Comunicativo

☐ Não Verbaliza

Pupilas

☒ Isocóricas

☐ Anisocorica

☐ Midriátrica

☐ Miotica

☐ D ou E

☐ É Maior

Respiratória

☒ Eupnéico

☐ Taquipneico

☐ Bradipneico

☐ Dispneico

☐ Apneia

Circulatório

☒ Normocárdico

☐ Tarquicardico

☐ Bradicardico

☐ Filiforme

Abdomem

☒ Plano

☐ Globoso

☐ 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

☐ A dor 2

☐ voz 3

☐ Nenhuma 1

Resposta Verbal:

☒ Orientada 5

☐ Confusa 4

☐ Palavras Improórias 3

☐ Palavras Incomprêensivas 2

Resposta Motora:

☒ Obdece comandos 6

☐ Localiza Dor 5

☐ Movimentos de retardia 4

☐ Flexão Anormal 3

☐ Extensão Anormal 2

☐ Nenhuma

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

Assinatura

## Observações Médicas / Enfermeiros

Transferência não realizada de ambulância, do paciente Nesio José de Carvalho de Toledo, o paciente, para realizar o exame, EDA, não tinha acompanhante, comunicado enfermeiro do hospital Santa Casa de Aparecida; Condutor Saulo, enfermagem Cristiane e médicos de Luiz Briet por ordem da real vida, solicitou retorno a base não realizando a ORDEM DE SERVIÇO.



## Materiais Utilizados

REALVIDAS

Pedágios	Outros:	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	Enfermagem Responsável	Condutor Socorrista
Dr. Briet		
LUIZ BRIET DE ALMEIDA CRM/ 49794	CRISTIANE ISABEL DOS SANTOS Coren/ 1027956	<i>Saulo RDCesar</i>
Data ____/____/____	Data ____/____/____	SAULO RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35
		Data ____/____/____