

# Ficha de Acompanhamento

OS

VTR 798

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

EMPRESA Sepoq Solicitante Centrao Vagos Data 03/04/25

Origem: Unimed Resende x Sepoq Guarai x

Nome: João Lucas dos S.S. Gonzalez Idade 03 Contato:

Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO Unimed

Nº CARTEIRINHA 0020.640 3001228005

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>75125</u>	km <u>75291</u>	km <u>75392</u>	km	km <u>75402</u>
	Hora Chegada <u>21:01</u>	Hora Chegada <u>22:46</u>	Hora Chegada	
	Hora Saida <u>21:31</u>	Hora Saida <u>23:11</u>	Hora Saida	
Hora <u>18:20</u>	Visto Origem <u>Debita</u>	Visto Destino <u>Análise</u>	Visto Destino	Hora <u>23:40</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 Improórias 3  
☐ Palavras Incompreêncivas 2  
☐ Nenhuma 1

### Resposta Motora

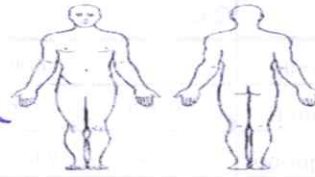
- ☐ Obdece comandos 6  
☐ Localiza Dor 5  
☐ Movimentos de retardia 4  
☐ Flexão Anormal 3  
☐ Extensão Anormal 2  
☐ Nenhuma

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									

lesão  
Picco  
queim  
(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

assinatura

RG/CPF



## Observações Médicas / Enfermeiros

21:05h = Chegou ao Hospital de origem com uma em leito de UTI compartilhada de uma em A.A. com -  
 vieru, apêndice, epreico, nemolardica, mantendo  
 PCC em fígado (D), com Sotologia em BIC 3ml/h,  
 transio para moa, e conduso p/ ambulância.  
 22:46h = Chegou ao Hospital de destino, sem interconet-  
 uos, para aos Cuidados de Enfermagem local. Cu

Exame de 3 anos vinculada dia 17/3/25 em  
 Resende. PT com quadro de convulsões e epilepsia com  
 propriedades, sintomas de hepatopatia auto-imune  
 c/ PCR(+) e LFM p/ Leishmaniose (+).  
 Em uso de infliximabe B + fenobarbital e metilpredni-  
 solona (S).

Encontra-se em B66, apêndice, assintomático, orçado

*Dr. Rizzia Borges*  
 Cardiologia  
 CRM-SP: 93239

## Materiais Utilizados

REALVIDAS

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  
*Dr. Rizzia Borges*  
 Cardiologia  
 CRM-SP: 93239

Data

03/04/25

Enfermagem Responsável

*Adriana C. N.*

Data

03/04/25

Condutor Socorrista

*Adriana C. N.*

Data

03/04/25



1 - Registro ANS 33056-6		3 - Número da Guia Principal		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		12 - Atendimento a RN	
4 - Data da Autorização		8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		89 - Nome Social					
10 - Nome		13 - Código na Operadora		14 - Nome do Contratado		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
15 - Nome do Profissional Solicitante		18 - UF		19 - Código CBO		21 - Caráter do Atendimento		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Qtd. Solic.		28 - Qtd. Aut.		31 - Código CNES	
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado		32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		91 - Regime de atendimento		92 - Saúde Ocupacional	
36 - Data		37 - Hora Inicial		38 - Hora Final		39 - Tabela		40 - Código do Procedimento		41 - Descrição	
1 -		2 -		3 -		4 -		5 -		6 -	
7 -		8 -		9 -		10 -		11 -		12 -	
13 -		14 -		15 -		16 -		17 -		18 -	
19 -		20 -		21 -		22 -		23 -		24 -	
25 -		26 -		27 -		28 -		29 -		30 -	
31 -		32 -		33 -		34 -		35 -		36 -	
37 -		38 -		39 -		40 -		41 -		42 -	
43 -		44 -		45 -		46 -		47 -		48 -	
49 -		50 -		51 -		52 -		53 -		54 -	
55 -		56 -		57 -		58 -		59 -		60 -	
61 -		62 -		63 -		64 -		65 -		66 -	
67 -		68 -		69 -		70 -		71 -		72 -	
73 -		74 -		75 -		76 -		77 -		78 -	
79 -		80 -		81 -		82 -		83 -		84 -	
85 -		86 -		87 -		88 -		89 -		90 -	
91 -		92 -		93 -		94 -		95 -		96 -	
97 -		98 -		99 -		100 -		101 -		102 -	
103 -		104 -		105 -		106 -		107 -		108 -	
109 -		110 -		111 -		112 -		113 -		114 -	
115 -		116 -		117 -		118 -		119 -		120 -	
121 -		122 -		123 -		124 -		125 -		126 -	
127 -		128 -		129 -		130 -		131 -		132 -	
133 -		134 -		135 -		136 -		137 -		138 -	
139 -		140 -		141 -		142 -		143 -		144 -	
145 -		146 -		147 -		148 -		149 -		150 -	
151 -		152 -		153 -		154 -		155 -		156 -	
157 -		158 -		159 -		160 -		161 -		162 -	
163 -		164 -		165 -		166 -		167 -		168 -	
169 -		170 -		171 -		172 -		173 -		174 -	
175 -		176 -		177 -		178 -		179 -		180 -	
181 -		182 -		183 -		184 -		185 -		186 -	
187 -		188 -		189 -		190 -		191 -		192 -	
193 -		194 -		195 -		196 -		197 -		198 -	
199 -		200 -		201 -		202 -		203 -		204 -	
205 -		206 -		207 -		208 -		209 -		210 -	
211 -		212 -		213 -		214 -		215 -		216 -	
217 -		218 -		219 -		220 -		221 -		222 -	
223 -		224 -		225 -		226 -		227 -		228 -	
229 -		230 -		231 -		232 -		233 -		234 -	
235 -		236 -		237 -		238 -		239 -		240 -	
241 -		242 -		243 -		244 -		245 -		246 -	
247 -		248 -		249 -		250 -		251 -		252 -	
253 -		254 -		255 -		256 -		257 -		258 -	
259 -		260 -		261 -		262 -		263 -		264 -	
265 -		266 -		267 -		268 -		269 -		270 -	
271 -											

João Lucas dos Santos Velho Gonzalez



Solicito transporte em UTI móvel para  
paciente de 3 anos e 11 meses com quadro  
de suspeita de hepatite auto-imune, encefalopatia hepática e suspeita de leish-  
maniose visceral. Pre-escada em  
ar ambiente, com dieta oral, PICC  
em jugular externa.

Gabriela L. Carvalho  
Intensivista Pediátrica  
CRM-RJ 52106772-9

**Anexo ao Hospital Unimed Resende**

Rua Elza da Silva Duarte, nº 71

Manejo - Resende - Rio de Janeiro - CEP: 27.520-005

  /supereutineoped