

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

798

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

EMPRESA

FUNDO MUNIC, PAZ SAUDE

Solicitante

NIR

Data

04.03.25

Origem:

~~12000000~~

x

x

Nome:

12000000 SASNOWSKI

Idade

61

Contato:

(12) 98120-7771

Sexo

☐ Masculino

☒ Feminino

SUS / CONVENIO

SUS

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
70774	70842	70807		
	Hora Chegada	Hora Chegada	Hora Chegada	
	07:20	09:20		
	Hora Saída	Hora Saída	Hora Saída	
	04:40	08:35		
Hora	Visto Origem	Visto Destino	Visto Destino	Hora
01:10	COFEN-SP 144.173	COFEN-SP 144.173	COFEN-SP 144.173	

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

Pupilas ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Midrítrica ☐ 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 Incompreensivas 2
☐ Nenhuma 1

Resposta Motora

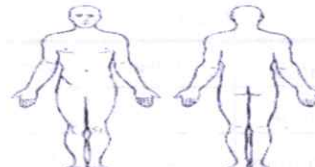
- ☐ Obedece comandos 6
☐ Localiza Dor 5
☐ Movimentos de retardia 4
☐ Flexão Anormal 3
☐ Extensão Anormal 2
☐ Nenhuma

TRAUMA	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Míd	Mie
	Escoriação									
	Cont									
	Ferim									
	Luxa									
	Frat									
	Lace									
	Secç									

QUEIMADURAS

	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Míd	Mie
I									
II									
III									

AUP
MS(E)
5-38



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

07:20h = Chego ao Hospital de origem. Paciente em sala de emergência consciente, orientado, comunicativo, estável, eufórico, normal cardíaco, mantendo monitorização cardíaca, A/D em MS (E) J = 18, acometido por paciente em maca e encaminhado para ambulância.

08:30 = Chego ao Hospital de destino sem intercorrência, acometido em leito de emergência.

Materiais Utilizados

Pedágios	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

Enfermagem Responsável

Data

Conductor Socorrista

Data