

# Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

310

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

**CLIENTE** UNIMED TAUBATÉ **Solicitante** C. Vafed. **Data** 19/04/25

**Origem:** Unimed Taubaté x P. Jo. Paulo x

**Nome:** Odinei Op. Jo. V. **Idade** **Contato:**

**Sexo** ☐ Masculino ☒ Feminino

**SUS / CONVENIO**

**Nº CARTEIRINHA**

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>178251</u>	km <u>178253</u>	km <u>178269</u>	km	km <u>178286</u>
	Hora Chegada <u>13:10</u>	Hora Chegada <u>13:45</u>	Hora Chegada	
	Hora Saída <u>13:18</u>	Hora Saída <u>14:00</u>	Hora Saída	
Hora <u>13:00</u>	Visto Origem <u>Ewerton A. da Silva</u> Enfermeiro COREN-SP 776728	Vista Destino	Vista Destino	Hora <u>14:20</u>

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

**Pupilas** ☒ Isocóricas ☐ Anisocórica ☐ Midriática ☐ Miotica ☐ D ou E ☐ É Maior

**Respiratória** ☒ Eupnéico ☐ Taquipneico ☐ Bradipneico ☐ Dispneico ☐ Apneia

**Circulatório** ☒ Normocárdico ☐ Tarquicardico ☐ Bradicardico ☐ 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

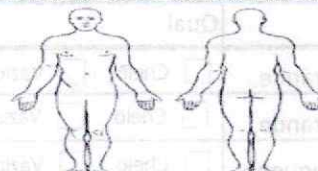
- ☐ Obdece comandos 6  
☐ Localiza Dor 5  
☐ Movimentos de retardia 4  
☐ Flexão Anormal 3  
☐ Extensão Anormal 2  
☐ Nenhuma

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									

AJP  
MS(7)



## 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

1 - Chego ao Hospital e sigo em paciente gestante, consciente, orientada, aférril, sem febre, normotensiva, transeleto para mesa e conduzo o Anelatório.

2 - Chego ao Hospital e sigo em paciente com hipertensão.

## Materiais Utilizados

Pedágios		Qual	Refeição / Lanche	Sím	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

Condutor Socorrista

Data