

# Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

318

☐ 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** Roland **Solicitante** Gustavo **Data** 25/09/24

**Origem:** Romão Favreirinha X X

**Nome:** \_\_\_\_\_ **Idade** \_\_\_\_\_ **Contato:** \_\_\_\_\_

**Sexo** ☐ Masculino ☐ Feminino

**SUS / CONVENIO**

**Nº CARTEIRINHA**

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
161878	161881			161883
Hora	Hora Chegada	Hora Chegada	Hora Chegada	Hora
	13:00			
	Hora Saída	Hora Saída	Hora Saída	
	12:50			
	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	
	WADC			17:35

**Neurológica** ☐ Lúcido ☐ Orientado ☐ Conciente ☐ Desorientado ☐ Inconsciente

**Pupilas** ☐ Isocóricas ☐ Anisocórica ☐ Midrítrica ☐ Miotica ☐ D ou E ☐ É Maior

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

**Circulatório** ☐ Pulso normocadiaco ☐ Rítmico ☐ 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 Improprias 3
- ☐ Palavras Incompreensivas 2
- ☐ Nenhuma 1

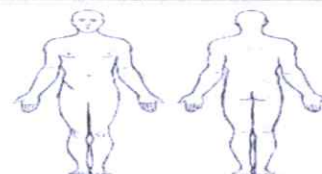
### Resposta Motora

- ☐ 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

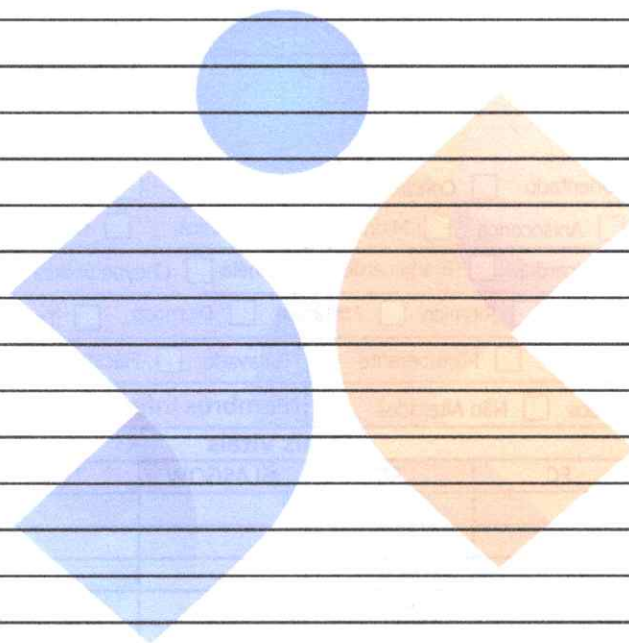
Declaro que fui orientado pela equipe da ambulancia e médicos verbalmente sobre o quadro clínico do paciente.  
 Estou ciente e orientado do quadro clínico do paciente para transporte e dos riscos envolvidos no transporte, podendo o  
 paciente apresentar quadro clínico de instabilidade durante o percurso.  
 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

assinatura

RG/CPF

## Observações Médicas / Enfermeiros



## Materiais Utilizados

REAL VIDAS

Pedagios		Qual	Refeição / Lanche	Sim	Não
Oxigênio	01 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio <input checked="" type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	0	
	02 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input checked="" type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	130	
	03 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input checked="" type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	110	
	04 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou		

**Dr. Lucas Costa**

Médico Responsável  
MÉDICO  
CREMESP 260.341

Data 25/09/2024

**Enfermagem Responsável**

Ana Caroline A. de Paula  
Enfermeira  
COREN-SP: 442104

Data

**Condutor Socorrista**

Rafael

Data 25/09/24

Luciene Aparecida dos Santos Cardoso Adel  
Luciene Aparecida dos Santos Cardoso Adel  
COREN-SP-279878-ENF