

## **Ficha de Acompanhamento**

105

VTR

798

BÁSICA     UTI ADULTO     UTI INFANTIL     UTI NEO     UTI ÁREA     EVENTOS     PARTICULAR     APH  
 EXAMES     TRAVERSÉNCIA HOSPITALAR     ALTA HOSPITALAR     INTERNACÃO     STV - INT

**Tipos de Exames**  CATE  TOMO  RX  CPRS  PET SCAM  
 GTT  TOT /TOM  US  RMN  T. C . HIPER. **Outros**

**CLIENTE** - promed **Solicitante** central fagas **Data** 12/09/25

Origem: Doss. Pol. Dir. Cognac x / Doss. Pol. Dir. S.T.C. x / Doss. Pol. Dir. Cognac

Nome: Douglas Póliques de Sampa Idade 40 Contato:

Sexo  Masculino  Feminino

SUS / CONVENIO Bradesco Nº CARTEIRINHA 774 379 096 007

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 76800	km 76828	km	km	km 76851
	Hora Chegada 23:30	Hora Chegada	Hora Chegada	
Hora 22:50	Hora Saida 23:50	Hora Saida	Hora Saida	Hora 00:30
	Visto Origem	Vista Destino	Vista 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  Protuberante  Escavado  Flácido  Em Avental  Gravidico

Membros Superior  Alterados  Não Alterados | Membros Inferiores  Alterados  Não Alterados

Sinais Vitais

#### Abertura ocular

Besposta Verhal

#### **Resposta Motorra**

- Espontânea 4
- voz 3
- A dor 2
- Nenhuma 1

- Orientada 5
- Confusa 4
- Palavras Improórias 3
- Palavras Incomprêencivas 2
- Nenhuma 1

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

## **Consentimento para transporte de Pacientes**

Declaro que fui orientado pela equipe da ambulância 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

23:40h. Remoção Real Vidas compareceu no endereço Policlínico Coopava, mas o paciente já havia realizado alta pedida às 20:15h. A enfermeira Andressa comunicou o convênio.

Região dos Sertões PMZ  
COREN-SP 576631-ENF

BB

## Materiais Utilizados

**REAL VIDAS**

Pedagios	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

**Condutor Socorrista**

Data