

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

EMPRESA FUNDO M. Santa Solicitante NIK Data 07.03.25

Origem: \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_

Nome: Déora SOSNOWSKI Sexo ☐ Masculino ☒ Feminino

Nº CARTEIRINHA

| SUS / CONVENIO            | Origem                      | Destino                               | Destino       | Chegada Base      |
|---------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|---------------|-------------------|
| Saída Base                |                             |                                       |               |                   |
| km <u>174576</u>          | km <u>174576</u>            | km <u>71050</u>                       | km            | km <u>71094</u>   |
| Hora Chegada <u>18:52</u> | Hora Chegada <u>20:20</u>   | Hora Chegada                          | Hora Chegada  |                   |
| Hora Saída <u>19:14</u>   | Hora Saída <u>20:25</u>     | Hora Saída                            | Hora Saída    |                   |
| Hora <u>19:52</u>         | Visto Origem <u>19:52</u>   | Visto Destino <u>20:25</u>            | Visto Destino | Hora <u>21:00</u> |
|                           | Ente <u>COREN-SP 656645</u> | Ente <u>Tatiana Carolina de Paiva</u> |               |                   |
|                           |                             | Ente <u>COREN-SP 375733-ENF</u>       |               |                   |

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 Incompreêncivas 2  
☐ Nenhuma 1

## Resposta Motora

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

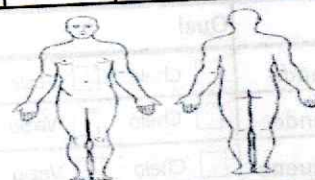
TRAUMA

| 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 |     |      |       |      |       |     |     |     |     |

AUP  
MS(E)



## 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

RG/CPF

assinatura



## Observações Médicas / Enfermeiros

= Chego ao Hospital de origem paciente  
consciente, orientado,afebril, eupneico,  
hemodinamico mantendo AUB em MSL,  
curativo Oclusivo em local (D) —  
transfiro paciente para sala e encaminhado  
para amebulância. ~~~~~  
20:00h = Chego ao Hospital de destino.

## Materiais Utilizados

| 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

Conductor Socorrista

Data