

# Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

5200

☒ BASICA
 ☐ 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 CABES D. Solicitante MATHEUS Data 31.04.24

Origem: H. VERA CRUZ x P. CAMARINAS x

Nome: MARIA DE LURDES CRUZ Idade \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_

Sexo ☐ Masculino ☒ Feminino

SUS / CONVENIO ASSISTENCIA DIRETA Nº CARTEIRINHA 38.022.0010234

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
<u>17731</u>	<u>17745</u>	<u>18745</u>		
	Hora Chegada <u>18:00</u>	Hora Chegada <u>18:55</u>	Hora Chegada	
Hora	Hora Saída <u>18:15</u>	Hora Saída <u>19:10</u>	Hora Saída	Hora
<u>17:30</u>	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	

Neurológica
 ☐ Lúcido
 ☐ Orientado
 ☐ Conciente
 ☐ Desorientado
 ☐ Inconsciente

Pupilas
 ☐ Isocóricas
 ☐ Anisocóricas
 ☐ Midriática
 ☐ Miotica
 ☐ D ou E
 ☐ É Maior

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

Circulatório
 ☐ Pulso normocardiaco
 ☐ Ritímico
 ☐ Arritmico
 ☐ Dicrotico
 ☐ Taquissfmgia
 ☐ Bradissfmgia
 ☐ 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
<u>18:00</u>	<u>11x70</u>	<u>63</u>	<u>18</u>	<u>13</u>	<u>36.0</u>	<u>97%</u>	<u>-</u>

## Abertura ocular

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

## Resposta Verbal

- ☐ Orientada 5  
☒ Confusa 4  
☐ Palavras Improórias 3  
☐ Palavras Incomprêensivas 2  
☐ Nenhuma 1

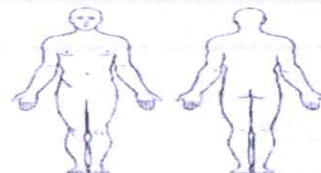
## Resposta Motora

- ☐ 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

Transporte Realizado do Sem Início com sucesso

## Materiais Utilizados

REALVIDAS

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