

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 Av. Neuro

CLIENTE Fundo M. Saúde

Solicitante ni.

Data 17-04-25

Origem: Santa Lora Aparecida x HRVL

Nome: Delmirio Antonio Alves

Idade 74

Contato:

Sexo ☒ Masculino

☐ Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>177750</u>	km <u>177805</u>	km <u>177853</u>	km <u>1</u>	km <u>177872</u>
	Hora Chegada <u>07:07</u>	Hora Chegada <u>08:05</u>	Hora Chegada	
	Hora Saída <u>07:40</u>	Hora Saída <u>09:10</u>	Hora Saída	
Hora <u>05:50</u>	Visto Origem	Visto Destino	Visto Destino	Hora <u>9:30</u>

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

Pupilas ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Midriática ☐ 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
<u>07:10h</u>	<u>140x80</u>	<u>87</u>	<u>20</u>	<u>15</u>	<u>36,3</u>	<u>96%</u>	

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

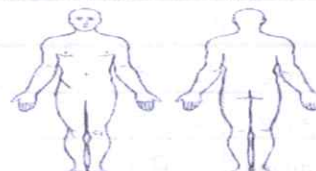
Resposta Motora

☒ 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

07:10h - Paciente acomodado em maca para transporte em ambulância UTI, apresenta EG:15, 20TE, comunicativo, supnics em AA, mantendo AUP em fovea cubital NSB satini zado, deambulando, MNSII livres, acompanhado de sua esposa para avaliação neurológica em HRUP.

07:20h - Saida da origem para HRUP.

Helena Rezende Barbosa
COREN-SP 709406
Enfermeira

Transferido paciente em cuidados intensivos para avaliação da neurocirurgia devido à hemorragia subdural. A conduta tomada foi de internação hospitalar para drenagem do hematoma. Convênio com paciente, acompanhante (filho) e deixamos o paciente sob os cuidados da neurocirurgia do serviço.

Dr. Livia G. D. Di Angelis
Médica
CRM-SP 267475

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		

Dr. Livia G. D. Di Angelis
Médica Responsável
CRM-SP 267475

Data ____/____/____

Enfermagem Responsável
Helena Rezende Barbosa
COREN-SP 709406
Enfermeira

Data 17/04/25

Condutor Socorrista

Data 17/04/25

**Santa Casa de Misericórdia
de Aparecida**



SOLICITAÇÃO DE AMBULÂNCIA

NOME: Delmires Antonio Alves

Solicito:

Ambulância UTI devido a complexidade clinica do
paciente .

Aparecida 17 / 04 / 2025

DR. MARCELO AUGUSTO FILHO
CRM: 19704
MEDICO