

Ficha de Acompanhamento							OS: 1811																		
							VTR: 318 - SPRINTER																		
<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA			<input type="checkbox"/> EXAMES			<input type="checkbox"/> UTI ADULTO			<input type="checkbox"/> UTI NEO			<input type="checkbox"/> EVENTOS			<input type="checkbox"/> PARTICULAR										
<input type="checkbox"/> APH			<input checked="" type="checkbox"/> TRASF. HOSPITALAR			<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR			<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO			<input type="checkbox"/> SIV - INT													
Tipos de Exames			<input type="checkbox"/> CATE <input type="checkbox"/> GTT		<input type="checkbox"/> TOMO <input type="checkbox"/> TQT /TQM		<input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> US		<input type="checkbox"/> CPRS <input type="checkbox"/> RMN		<input type="checkbox"/> PET SCAM <input type="checkbox"/> T. C . HIPER		Outro:												
Empresa: P. A. UNIMED DE TAUBATÉ							Solicitante: CENTRAL VAGAS							Data: 23/10/2025											
Origem: PA UNIMED TAUBATÉ - TAUBATÉ SP							X HOSPITAL POLICLIN -TAUBATÉ - TAUBATÉ SP							X HOSPITAL POLICLIN -TAUBATÉ - TAUBATÉ SP											
Nome: VALDOMIRO DELFIM DE SOUZA							Idade: 82							Contato:											
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino							<input type="checkbox"/> Feminino																		
SUS/CONVENIO: UNIMED							NºCARTEIRINHA: 0 040 708700669300 6																		
Saída Base		Origem				Destino				Destino				Chegada Base											
Km: 194873		Km: 194894				Km: 194896				Km: 194896				Km: 194917											
		Hora Chegada: 13:55				Hora Chegada: 14:10				Hora Chegada: 14:10															
Hora: 13:15		Hora Saída: 14:00				Hora Saída: 14:30				Hora Saída: 14:30				Hora: 19:44											
		Visto Origem:				Visto Destino:				Visto Destino:															
Neurológica		<input checked="" type="checkbox"/> Lúcido				<input checked="" type="checkbox"/> Orientado				<input checked="" type="checkbox"/> Consciente				<input type="checkbox"/> Confuso				<input type="checkbox"/> Comunicativo				<input type="checkbox"/> Não Verbaliza			
Pupilas		<input checked="" type="checkbox"/> Isocóricas				<input type="checkbox"/> Anisocorica				<input type="checkbox"/> Midriátrica				<input type="checkbox"/> Miotica				<input type="checkbox"/> D ou E				<input type="checkbox"/> É Maior			
Respiratória		<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéico				<input type="checkbox"/> Taquipneico				<input type="checkbox"/> Bradipneico				<input type="checkbox"/> Dispneico				<input type="checkbox"/> Apneia							
Circulatório		<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico				<input type="checkbox"/> Tarquicardico				<input type="checkbox"/> Bradicardico				<input type="checkbox"/> Filiforme											
Abdomem		<input checked="" type="checkbox"/> Plano				<input type="checkbox"/> Globoso				<input type="checkbox"/> Escavado				<input type="checkbox"/> Flácido				<input type="checkbox"/> Em Avental				<input type="checkbox"/> Gravidico			
Membros Superior		<input type="checkbox"/> Alterados				<input checked="" type="checkbox"/> Não Alterados				Membros Inferiores				<input type="checkbox"/> Alterados				<input checked="" type="checkbox"/> Não Alterados							
Sinais Vitais																									
HORA		PA		FC		FR		GLASGOW				TEMP		Sat O2				Hgt							
Abertura ocular:						Resposta Verbal:						Resposta Motora:													
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4						<input type="checkbox"/> A dor 2						<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3													
<input type="checkbox"/> voz 3						<input type="checkbox"/> Nenhuma 1						<input type="checkbox"/> Obdece comandos 6													
						<input type="checkbox"/> Confusa 4						<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5													
						<input type="checkbox"/> Palavras Improprias 3						<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4													
						<input type="checkbox"/> Palavras Incompreendivas 2						<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2													
												<input type="checkbox"/> Nenhuma													
T R A U M A	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


TRANSFERÊNCIA DO PACIENTE SEM INTERCORRÊNCIAS



Materiais Utilizados

REALVIDAS

Pedagios		Outros:			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	Enfermagem Responsável	Condutor Socorrista
Data ____/____/____	CRISTIANE ISABEL DOS SANTOS Coren/ 1027956 Data ____/____/____	 CARLOS ALBERTO MARCONDES DE SOUZA CNH/ 1234546 Data ____/____/____