

# Ficha de Acompanhamento

OS: 1801  
VTR: 318 - SPRINTER

<input type="checkbox"/> BÁSICA APH	<input type="checkbox"/> EXAMES X TRASF. HOSPITALAR	<input checked="" type="checkbox"/> UTI ADULTO ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> UTI NEO INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> EVENTOS SIV - INT	<input type="checkbox"/> PARTICULAR
--	--	---	--	---	-------------------------------------

Tipos de Exames	<input checked="" type="checkbox"/> CATE GTT	<input type="checkbox"/> TOMO TQT /TQM	<input type="checkbox"/> RX US	<input type="checkbox"/> CPRS RMN	<input type="checkbox"/> PET SCAM T. C . HIPER	Outro:
-----------------	---	---	-----------------------------------	--------------------------------------	---	--------

Empresa: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE  
Solicitante: nir  
Data: 15/10/2025  
Origem: HOSPITAL FREI GALVÃO - GUARATINGUETÁ - GUARATINGUETA | X HOSPITAL REGIONAL DE TAUBATÉ -  
SP TAUBATÉ | SP X HOSPITAL REGIONAL DE TAUBATÉ -  
TAUBATÉ | SP

Nome: fernando carlos da silva guimaraes Idade: 62 Contato:  
Sexo:  Masculino  Feminino  
SUS/CONVENIO: sus NºCARTEIRINHA: 702602290919441

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 194247	Km: 194293	Km: 194343	Km: 194343	Km: 194359
Hora: 05:50	Hora Chegada: 06:04	Hora Chegada: 06:46	Hora Chegada: 06:46	Hora: 10:31
	Hora Saída: 06:11	Hora Saída: 07:12	Hora Saída: 07:12	
	Visto Origem:	Visto Destino:	Visto Destino:	

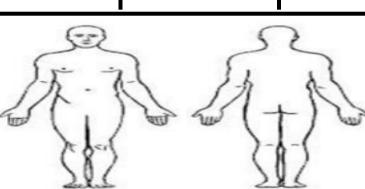
Neurológica	<input checked="" type="checkbox"/> Lúcido	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Confuso	<input type="checkbox"/> Comunicativo	<input type="checkbox"/> Não Verbaliza
Pupilas	<input checked="" type="checkbox"/> 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		
Abdômen	<input type="checkbox"/> Plano	<input checked="" 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 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 Motoria:
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4 voz 3	<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5 Confusa 4 Palavras Improórias 3 Palavras Incompréhencivas 2	<input checked="" type="checkbox"/> Obdece comandos 6 Localiza Dor 5 Movimentos de retardia 4

T	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
R	Escoriação									
A	Cont									
U	Ferim									
M	Luxa									
	Frat									
	Lace									
	Secç									

	QUEIMADURAS									
	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid		
	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

Paciente consciente, orientado, eupneico, em AA. Mantendo AVP em dorso da mão É, salinizado sem sinais flogísticos. Encaminhado para HRVP em ambulância de UTI, acompanhando pela esposa, Dr Briet, e Enfermagem sem intercorrência no trajeto.



## 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 - Pegueno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	

Médico Responsável  Dr. Briet  LUIZ BRIET DE ALMEIDA CRM/ 49794 Data ____/____/____	Enfermagem Responsável  CASSIA JANE DE TOLEDO Coren/ 514223 Data ____/____/____	Condutor Socorrista  <i>[Signature]</i>  CARLOS ALBERTO MARCONDES DE SOUZA CNH/ 1234546 Data ____/____/____
---	---	---