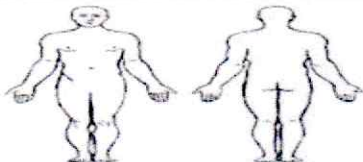


Ficha de Acompanhamento						OS: 1552 VTR: 318 - SPRINTER									
<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA <input type="checkbox"/> APH		<input checked="" type="checkbox"/> EXAMES <input type="checkbox"/> TRAS.F. HOSPITALAR		<input type="checkbox"/> UTI ADULTO <input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR		<input type="checkbox"/> UTI NEO <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO		<input type="checkbox"/> EVENTOS <input type="checkbox"/> SIV - INT		<input type="checkbox"/> PARTICULAR					
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: RAIDIO			
Empresa: PROMED SANTA ANGELA EMERGENCIAS MEDICAS						Solicitante: Central de vagas			Data: 23/05/2025						
Origem: HOSPITAL PIO XII - SÃO JOSÉ CAMPOS SP						X INSTITUTO DE RADIO VALE PARAIBA - SÃO JOSÉ CAMPOS - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS SP			X HOSPITAL PIO XII - SÃO JOSÉ CAMPOS SP						
Nome: NATASHA TUANE DO NASCIMENTO						Idade: 32			Contato:						
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino						<input type="checkbox"/> Feminino									
SUS/CONVENIO: BRADESCO						NºCARTEIRINHA: 954240009652007									
Saída Base		Origem		Destino		Destino		Chegada Base							
Km: 181884	Km: 181929			Km: 181934	Km: 181940			Km: 181985							
Hora: 10:50	Hora Chegada: 11:50			Hora Chegada: 12:20	Hora Chegada: 14:02			Hora: 15:50							
	Hora Saída: 12:12			Hora Saída: 14:00	Hora Saída: 14:10										
	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 checked="" type="checkbox"/> Comunicativo		<input type="checkbox"/> Não Verbaliza			
Pupilas		<input checked="" type="checkbox"/> Isocóricas		<input type="checkbox"/> Anisocórica		<input type="checkbox"/> Midriática		<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 checked="" type="checkbox"/> Alterados		<input type="checkbox"/> Não Alterados					
Sinais Vitais															
HORA		PA		FC		FR		GLASGOW		TEMP		Sat O2		Hgt	
Abertura ocular:				Resposta Verbal:				Resposta Motora:							
<input type="checkbox"/> Espontânea 4 <input type="checkbox"/> voz 3				<input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1				<input checked="" type="checkbox"/> Obedece comandos 6 <input type="checkbox"/> Localiza Dor 5 <input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4							
<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3 <input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma															
TRAUMATA	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


Transferido paciente do hospital piu-12 sjc para clínica Investigar de sjc, retornado ao destino de origem sem i tercorrencias, acompanhada de parente.



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 ____/____/____	 SAULO RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35 Data ____/____/____

