

Ficha de Acompanhamento

OS: 1673
VTR: 798 - JUMPER

<input type="checkbox"/> BÁSICA	<input type="checkbox"/> EXAMES	<input checked="" type="checkbox"/> UTI ADULTO	<input type="checkbox"/> UTI NEO	<input type="checkbox"/> EVENTOS	<input type="checkbox"/> PARTICULAR
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 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: 18/07/2025
Origem: SANTA CASA MISERICÓDIA DE APARECIDA - APARECIDA | SP HOSPITAL REGIONAL DE TAUBATÉ - TAUBATÉ | SP HOSPITAL REGIONAL DE TAUBATÉ - TAUBATÉ | SP

Nome: CELESTE FIGUEIRA DO COUTO Idade: 79 Contato:
Sexo: Masculino Feminino
SUS/CONVENIO: SUS NºCARTEIRINHA: 7458035

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 87119	Km: 87179	Km: 87225	Km: 87225	Km: 87244
Hora: 07:22	Hora Chegada: 08:25 Hora Saída: 09:00 Visto Origem:	Hora Chegada: 09:25 Hora Saída: 10:10 Visto Destino:	Hora Chegada: 09:25 Hora Saída: 10:10 Visto Destino:	Hora: 10:15

Neurológica Lúcido Orientado Consciente Confuso Comunicativo Não Verbaliza

Pupilas Isocóricas Anisocorica Midriátrica Miótica D ou E É Maior

Respiratória Eupnéico Taquipneico Bradipneico Dispneico Apneia

Circulatório Normocárdico Tarquicardico Bradicardico Filiforme

Abdômen Plano Globoso 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
09:15	95 * 70	69	19	14		98	121

Abertura ocular:

Espontânea 4
voz 3 A dor 2
Nenhuma 1

Resposta Verbal:

Orientada 5
 Confusa 4
 Palavras Improórias 3
 Palavras Incompréhencivas 2

Resposta Motoria:

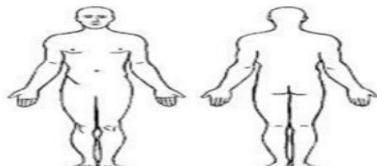
Obdece comandos 6
 Localiza Dor 5
 Movimentos de retardia 4

Flexão Anormal 3
 Extensão Anormal 2
Nenhuma

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

RG/CPF

Assinatura

Observações Médicas / Enfermeiros

Respirando em AA, descorada, (SIC), IAM, HAS, DM, fratura tardio de fêmur esquerdo, cateterismo anjeoplastia, mais recente na data de 14/05/2025, precordialgia, pupila iso+, anasarca, AVPMED, nega alergia, mantendo AVP em MSD, gelcol 20, dupla via salenizado, monitorizada multi-parâmetros e hemodinamicamente estável, 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 - 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 CRISTIANE ISABEL DOS SANTOS Coren/ 1027956 Data ____/____/____	Condutor Socorrista CARLOS ALBERTO MARCONDES DE SOUZA CNH/ 1234546 Data ____/____/____
---	--	---