

Ficha de Acompanhamento

OS: 1817
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	SIV - INT			
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: guilherme
Data: 01/11/2025

Origem: SANTA CASA MISERICÓDIA DE APARECIDA - X HOSPITAL REGIONAL SÃO JOSÉ CAMPOS - SÃO JOSÉ CAMPOS | SP
X HOSPITAL REGIONAL SÃO JOSÉ CAMPOS - SÃO JOSÉ CAMPOS | SP

Nome: jogo futebol Idade: 63 Contato:
Sexo: Masculino Feminino
SUS/CONVENIO: na NºCARTEIRINHA: na

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 195268	Km: 195332	Km: 195421	Km: 195421	Km: 195485
Hora: 23:25	Hora Chegada: 00:35 Hora Saída: 00:45 Visto Origem:	Hora Chegada: 01:32 Hora Saída: 01:50 Visto Destino:	Hora Chegada: 01:32 Hora Saída: 01:50 Visto Destino:	Hora: 02:46

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
01:00	122*83	113	19	15	-	96	-

Abertura ocular:

Espontânea 4
voz 3 A dor 2
Nenhuma 1

Resposta Verbal:

Orientada 5
 Confusa 4
 Palavras Improórias 3
 Palavras Incompréencivas 2

Resposta Motoria:

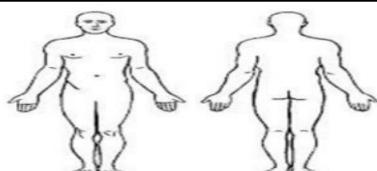
Obdece comandos 6
 Localiza Dor 5
 Movimentos de retardia 4

Flexão Anormal 3
Extensão Anormal 2
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 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

TRANSFERIDO PACIENTE PARA REALIZAÇÃO DE CATE, SEM INTERCORRENCIAS 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 TAMIRES AMERICO DE ARAUJO Coren/ 606985 Data ____/____/____	Condutor Socorrista <i>Ana</i> CARLOS ALBERTO MARCONDES DE SOUZA CNH/ 1234546 Data ____/____/____
---	---	---