

Ficha de Acompanhamento

OS: 1689  
VTR: 798 - JUMPER

☒ BÁSICA  
☐ APH

☒ EXAMES  
☐ TRASF. HOSPITALAR

☐ UTI ADULTO  
☐ ALTA HOSPITALAR

☐ UTI NEO  
☐ INTERNAÇÃO

☐ EVENTOS  
☐ SIV - INT

☐ PARTICULAR

Tipos de Exames

☐ CATE  
☐ GTT

☐ TOMO  
☐ TQT /TQM

☒ RX  
☐ US

☐ CPRS  
☐ RMN

☐ PET SCAM  
☐ T. C . HIPER

Outro:

Empresa: PROMED SANTA ANGELA EMERGENCIAS MEDICAS  
Origem: PRONTIL HOSPITAL INFANTIL - SÃO JOSÉ CAMPOS - SÃO JOSÉ CAMPOS | SP

Solicitante: CENTRAL VAGAS  
X HOSPITAL POIICLIN SJC - 09 JULHO - SÃO JOSÉ CAMPOS | SP

Data: 29/07/2025  
X PRONTIL HOSPITAL INFANTIL - SÃO JOSÉ CAMPOS - SÃO JOSÉ CAMPOS | SP

Nome: JULIA DE SOUSA TOLEDO  
Sexo: ☐ Masculino ☒ Feminino  
SUS/CONVENIO: BRADESCO

Idade: 2  
NºCARTEIRINHA: 770557600075019

Contato:

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 88038	Km: 88095	Km: 88097	Km: 88089	Km: 88089
	Hora Chegada: 10:22	Hora Chegada: 10:44	Hora Chegada: 11:40	
Hora: 09:45	Hora Saída: 10:35	Hora Saída: 11:25	Hora Saída: 11:56	Hora: 12:05
	Visto Origem:	Visto Destino:	Visto Destino:	

Neurológica☒ Lúcido☒ Orientado☒ Consciente☐ Confuso☐ Comunicativo☐ Não Verbaliza

Pupilas☒ Isocóricas☐ Anisocorica☐ Midriátrica☐ Miotica☐ D ou E☐ É Maior

Respiratória☒ Eupnéico☐ Taquipneico☐ Bradipneico☐ Dispneico☐ Apneia

Circulatório☒ Normocárdico☐ Tarquicardico☐ Bradicardico☐ Filiforme

Abdomem☒ Plano☐ Globoso☐ Escavado☐ Flácido☐ Em Avental☐ Gravidico

Membros Superior☐ Alterados☒ Não AlteradosMembros Inferiores☐ Alterados☒ Não Alterados

Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
------	----	----	----	---------	------	--------	-----

Abertura ocular:☒ Espontânea 4☐ voz 3☐ A dor 2☐ Nenhuma 1

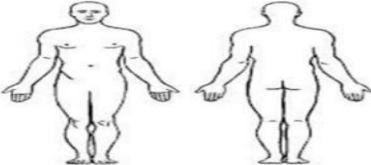
Resposta Verbal:☒ Orientada 5☐ Confusa 4☐ Palavras Improórias 3☐ Palavras Incomprêencivas 2

Resposta Motora:☒ Obdece comandos 6☐ Localiza Dor 5☐ Movimentos de retardia 4☐ Flexão Anormal 3☐ Extensão Anormal 2☐ Nenhuma

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

RG/CPF

Assinatura

## Observações Médicas / Enfermeiros


Transferido criança acompanhada pais, de AMBULÂNCIA BÁSICA COM ENFERMAGEM respirando AA, avp e MSD gelco24 dupla VIAS medição embureta 40ml/h ev , realizar exame de usde vias urinárias abdômen total, retorno sem INTERCORRENCIAS,.



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