

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR 798

☒ BÁSICA ☐ UTI ADULTO ☐ UTI INFANTIL ☐ UTI NEO ☐ UTI ÁREA ☐ EVENTOS ☐ PARTICULAR ☐ APH
☐ EXAMES ☐ TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR ☐ ALTA HOSPITALAR ☐ INTERNAÇÃO ☐ SIV - INT

Tipos de Exames ☐ CATE ☒ TOMO ☐ RX ☐ CPRS ☐ PET SCAM ☐ T. C. HIPER. ☐ Outros
☐ GTT ☐ TQT/TQM ☐ US ☐ RMN

EMPRESA Promed Solicitante Central Vagas Data 01/04/25

Origem: Polícia Capangas x Doz. Polícia 9ª x Polícia Capangas

Nome: Resilda Ayres de Mota do Aug. Idade 62 Contato: _____

Sexo ☐ Masculino ☒ Feminino

SUS / CONVENIO Amil Nº CARTEIRINHA 087 53 97 72

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 74856	km 74881	km 74906	km 74931	km 74959
Hora Chegada 17:00	Hora Chegada 17:35	Hora Chegada 19:30	Hora Chegada 19:15	Hora Chegada 20:00
Hora Saída 17:07	Hora Saída 18:30	Hora Saída 19:15	Hora Saída 19:15	Hora Saída 20:00
Visto Origem	Visto Destino	Visto Destino	Visto Destino	Visto Destino
	<u>Amorac</u>	<u>gislene</u>	<u>Bea Angla</u>	

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

Pupilas ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Midriática ☐ Miotica ☐ D ou E ☐ É Maior

Respiratória ☒ Eupnéico ☐ Taquipnéico ☐ Bradipnéico ☐ Dispneico ☐ Apneia

Circulatório ☒ Normocárdico ☐ Taquicárdico ☐ Bradicárdico ☐ Filiforme

Abdomem ☐ Plano ☒ Globoso ☐ Protuberante ☐ 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

Abertura ocular

- ☐ Espontânea 4
☐ voz 3
☐ A dor 2
☐ Nenhuma 1

Resposta Verbal

- ☐ Orientada 5
☐ Confusa 4
☐ Palavras Improórias 3
☐ Palavras Incompreensivas 2
☐ Nenhuma 1

Resposta Motora

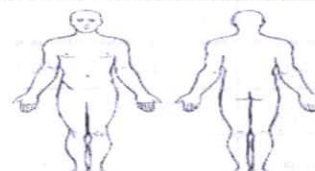
- ☐ Obedece comandos 6
☐ Localiza Dor 5
☐ Movimentos de retardia 4
☐ Flexão Anormal 3
☐ Extensão Anormal 2
☐ Nenhuma

TRAUMA	Descrição	Crã	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									

AUP
MS(E)
5=20



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

17:00h = Chego ao Hospital de origem paciente em leito consciente, orientado, comunicativo, sem náusea, vômito, hemocárdico, em A.A, AVE em MS (E) J=20 transtorno por uso de drogas e ambulância.

17:35h = Chego ao Hospital para realização exame.

19:15h = Chego ao Hospital de origem sem intervenção.

Materiais Utilizados

REALVIDAS

Pedágios		Qual	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

Data

Enfermagem Responsável

Data

Condutor Socorrista

Data



4307243

OS

VTR

798

	PARTICULAR
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	
49	
50	
51	
52	
53	
54	
55	
56	
57	
58	
59	
60	
61	
62	
63	
64	
65	
66	
67	
68	
69	
70	
71	
72	
73	
74	
75	
76	
77	
78	
79	
80	
81	
82	
83	
84	
85	
86	
87	
88	
89	
90	
91	
92	
93	
94	
95	
96	
97	
98	
99	
100	

	APH
--	-----

AO ☐ SIV - INT

Data 01/04/25

Helena Casanova

53 97 72

Chegada Base

km

74959

Hora

20.00

☐ Não Verbaliza

Maiores

ntal ☐ Gravidico

idos ☐ Não Alterados

Sat 02

Hgt

esposta Motora

nandos 6

r 5

s de retardia 4

rma1 3

normal 2

Use

Mid

Mie

Dr(a).

Dr. José Renan de Medeiros
Médico
CRM 170741

CRM:

Av. Nove de Julho, 430 - Tel.: (12) 3797-9800 --SJC Campos / SP

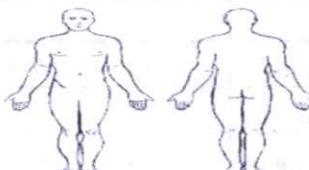
Av. Andrômeda, 1100 - Tel.:(12) 3797-8500 - SJCampos / SP

Av. Adhemar de Barros, 530 - Tel.: (12) 3797-9000 - SJCampos / SP

Av. Edouard Six, 80 - Tel.: (12) 3953-1044 - Jacareí / SP

Rua Cel. João Dias Guimarães, 266 - Tel.: (12) 3221-1000 - Caçapava-SP

Rua Prof. Luis Augusto Silva, 87 - Tel.: (12) 2125-0333 - Taubaté - SP

TR	Frat																																																														
	Lace																																																														
	Secç																																																														
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="10">QUEIMADURAS</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Cab</th> <th>Pesc</th> <th>T Ant</th> <th>Tpos</th> <th>Perin</th> <th>Msd</th> <th>Mse</th> <th>Mid</th> <th>Mie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>I</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>II</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>III</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										QUEIMADURAS											Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perin	Msd	Mse	Mid	Mie	I										II										III										<p>AUP MS(E) 5=20</p> 	
QUEIMADURAS																																																															
	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perin	Msd	Mse	Mid	Mie																																																						
I																																																															
II																																																															
III																																																															
<p align="center">Consentimento para transporte de Pacientes</p> <p>Declaro que fui orientado pela equipe da ambulancia e médicos verbalmente sobre o quadro clínico do paciente.</p> <p>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.</p> <p>Estou ciente das intervenções necessárias da equipe médica para a segurança do transporte, e dos eventuais riscos que envolvam a viagem que será realizada</p>																																																															
Nome												assinatura																																																			
RG/CPF																																																															