

Ficha de Acompanhamento

OS: 1536

VTR: 2

<input type="checkbox"/> BÁSICA APH	<input type="checkbox"/> EXAMES X TRASF. HOSPITALAR	<input checked="" type="checkbox"/> UTI ADULTO ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> UTI NEO INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> EVENTOS SIV - INT	<input type="checkbox"/> PARTICULAR		
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: UNIMED CAÇAPAVA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

Solicitante: Na

Data: 18/05/2025

Origem: HOSPITAL UNIMED CAÇAPAVA - CAÇAPAVA | SP X HOSPITAL 10 DE JULHO - PINDAMONHANGABA | SP X HOSPITAL 10 DE JULHO - PINDAMONHANGABA | SP

Nome: JAIR DA SILVA Idade: 45 Contato:

Sexo: Masculino Feminino

SUS/CONVENIO: Unimed N°CARTEIRINHA: 0910992000320008

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 181667	Km: 181692 Hora Chegada: 21:57	Km: 181727 Hora Chegada: 22:45	Km: 181727 Hora Chegada: 22:45	Km: 181755
Hora: 21:15	Hora Saída: 22:10 Visto Origem:	Hora Saída: 23:00 Visto Destino:	Hora Saída: 23:00 Visto Destino:	Hora: 23:45

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 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 Incompréencivas 2

Resposta Motora:

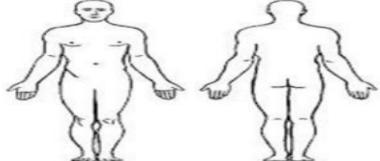
Obdece comandos 6
Localiza Dor 5
Movimentos de retardia 4

Flexão Anormal 3
Extensão Anormal 2
Nenhuma

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

Admito paciente em repouso no leito em, DDH, em uso de oxigênio a 2 litros por minuto em cateter tipo óculos. Consciente e orientado, G15. Mantendo AVP em dorso da mão esquerda. Acomodado em maca para transporte, chegando ao destino acomodo paciente em setor de UTI. Encerro transferência hospitalar sem intercorrências.



Materiais Utilizados

REALVIDAS

Pedágios	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 JOHN FLAMARION BERNARDES DOS SANTOS CRM/ 252195 Data ____ / ____ / ____	Enfermagem Responsável CAROLINE LOPES DE PAULA Coren/ 848.003 Data ____ / ____ / ____	Condutor Socorrista <i>Saulo R. Cesar</i> SAULO RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35 Data ____ / ____ / ____
---	--	--