

Ficha de Acompanhamento

OS 1483
VTR 788

<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA	<input type="checkbox"/> UTI ADULTO	<input type="checkbox"/> UTI INFANTIL	<input type="checkbox"/> UTI NEO	<input type="checkbox"/> UTI ÁREA	<input type="checkbox"/> EVENTOS	<input type="checkbox"/> PARTICULAR	<input type="checkbox"/> APH
<input type="checkbox"/> EXAMES	<input checked="" type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR		<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR		<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT	

Tipos de Exames	<input type="checkbox"/> CATE	<input type="checkbox"/> TOMO	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	
	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT / TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.	Outros

EMPRESA UNIMED RTE Solicitante C. Unimed Data 27/04
Origem: U.U. TANBETO x 12. Faz. I. grecas x

Nome: Maria Belia de Santana da M. Souza Idade 21 Contato: (11) 9664-0011

Sexo Masculino

Feminino

SUS / CONVENIO Unimed Santale

Nº CARTEIRINHA 0040 7507 0019 64005

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 78109	km 78.127	km 78.177	km 78239	km
	Hora Chegada 02:35	Hora Chegada 03:20	Hora Chegada 04:15	

Hora Hora Saída 02:42 Hora Saída 03:30 Hora Saída

Visto Origem Abner Filipe de Sousa

Enfermeiro

COREN-SP 511033

Vista Destino Giovanna Helenanda Silva Cavalcante COREN-SP 041.175 - ENI

Hora

01:50

Neurológica Lúcido Orientado consciente Confuso Comunicativo Não Verbaliza

Pupilas Isocôricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnéico Taquipneico Bradipneico Dispneico Apneia

Circulatório Normocárdico Tarquicardico Bradicardico Filiforme

Abdomem Plano Globoso Protuberante Escavado Flácido Em Avental Gravidico

Membros Superior Alterados Não Alterados Membros Inferiores Alterados Não Alterados

Sinais Vitais

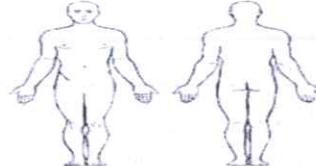
HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
02:40	120/79	69	18	15	36.7	98.1	-

Abertura ocular

TRAUMA	Descrição	Resposta Verbal		Resposta Motora	
		<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5	<input type="checkbox"/> Confusa 4	<input checked="" type="checkbox"/> Obdece comandos 6	<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5
	Escrariação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cont			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ferim			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Luxa			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Frat			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lace			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Secç			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUEIMADURAS

	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie
I									
II									
III									



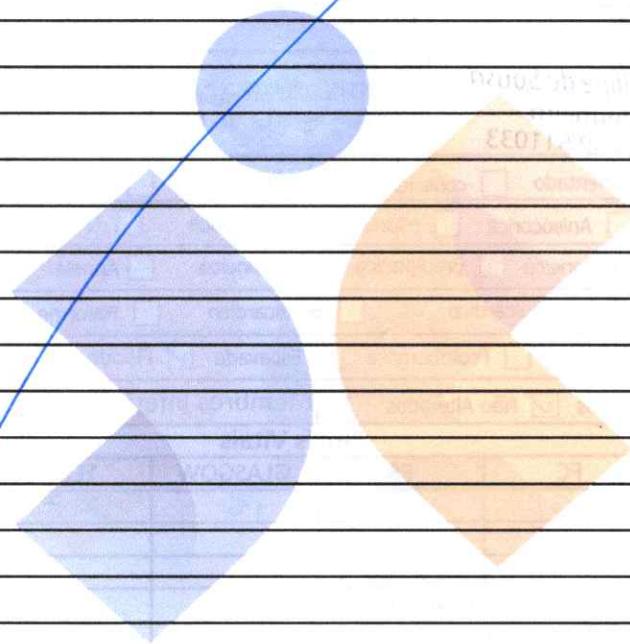
Consentimento para transporte de Pacientes

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 JALDEAN BAÍSTA assinatura
RG/CPF 144659893-57

Observações Médicas / Enfermeiros

Tolerância Rodada sem intercorrência



Materiais Utilizados

REAL VIDAS

Pedagios	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 - Pegueno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	

Médico Responsável

Data ____ / ____ / ____

Enfermeiro Responsável

Camila de Oliveira
Enfermeira
Data 20/04/2025

Condutor Socorrista

Data ____ / ____ / ____