

# Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

798

<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 type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT	

<input type="checkbox"/> Tipos de Exames	<input type="checkbox"/> CATE	<input checked="" 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 Promed Solicitante Central Vagas Data 01/04/25

Origem: Policlinico Cooparco x Dosp Policlin 9 mto x Policlinico Cooparco

Nome: Rosilda Ayres de morais do Cruz, Idade 62 Contato:

Sexo  Masculino  Feminino

SUS / CONVENIO Amil Nº CARTEIRINHA 087 53 97 72

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>74 856</u>	km <u>74 881</u>	km <u>74 906</u>	km <u>74 931</u>	km <u>74 959</u>
Hora <u>J6:50</u>	Hora Chegada <u>17:00</u>	Hora Chegada <u>17:35</u>	Hora Chegada <u>19:30</u>	Hora <u>20:00</u>

Neurológica  Lúcido  Orientado  consciente  Confuso  Comunicativo  Não Verbaliza

Pupilas  Isocôricas  Anisocôrica  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

### Abertura ocular

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

### Resposta Verbal

- Orientada 5
- Confusa 4
- Palavras Improórias 3
- Palavras Incomprêencivas 2
- Nenhuma 1

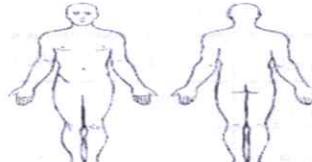
### Resposta Motora

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

TRAUMA	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
	Escoriação									
	Cont									
	Ferim									
	Luxa									
	Frat									
	Lace									
	Secç									

### QUEIMADURAS

AUP  
M5(E)  
5=20



	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

assinatura

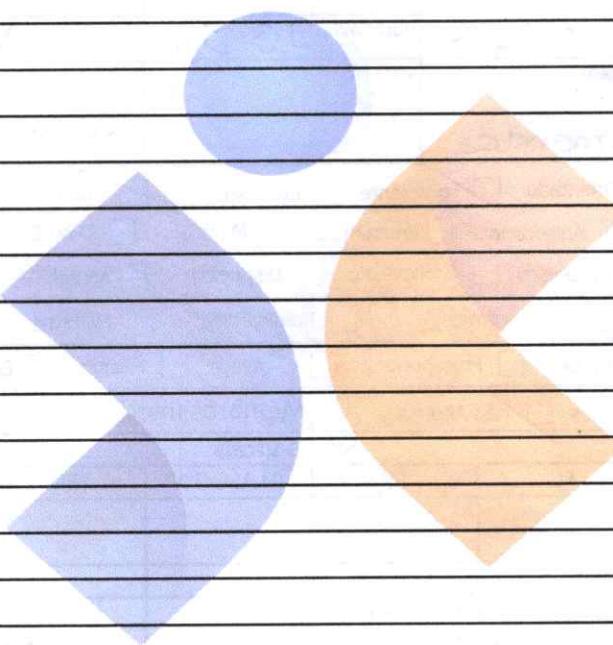
RG/CPF

## Observações Médicas / Enfermeiros

17:00h = Chega ao hospital de viagem paciente em si consciente, orientado, comunicativa, alerta, eupreico, hemicrânico, tem A.A., AUL tem MS (E) T=29 transpiração fraca e constipação abdominal.

17:35h = Chega ao hospital para realização exame.

19:15h = Chega ao hospital de viagem sem - inconsciencia.



## 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 \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Enfermagem Responsável

Aline C. M  
Data 01/04/05

Condutor Socorrista

Data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_



4307243

OS	
VTR	798
<input type="checkbox"/> PARTICULAR	<input type="checkbox"/> APH
<input type="checkbox"/> ÁO	<input type="checkbox"/> SIV - INT

Rosilda

Amulância auxiliar

31/10/2025

20 Data 01/09/25  
SJCAMP

53	97	72
Chegada Base		
2	km	74959
30		
15		
2	Hora	20:00

Não Verbaliza  
Maior

Gravidico  
 Não Alterados

Sat O2 Hgt

esposta Motora

Vise  Mid  Mie

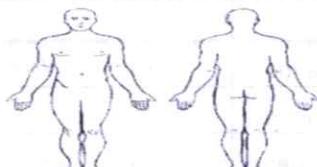
Dr(a). Dr. Jose Renan de Medeiros  
Médico  
CRM 0741

CRM:

- Av. Nove de Julho, 430 - Tel.: (12) 3797-9800 --SJCAMP / SP
- Av. Andrômeda, 1100 - Tel.: (12) 3797-8500 - SJCAMP / SP
- Av. Adhemar de Barros, 530 - Tel.: (12) 3797-9000 - SJCAMP / 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								
	QUEIMADURAS								
	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perin	Msd	Mse	Mid	Mie
	I								
	II								
III									

AUP  
MS(E)  
5=20



#### 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