

Ficha de Acompanhamento

OS: 1678
VTR: 798 - JUMPER

<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA	<input checked="" type="checkbox"/> EXAMES	<input type="checkbox"/> UTI ADULTO	<input type="checkbox"/> UTI NEO	<input type="checkbox"/> EVENTOS	<input type="checkbox"/> PARTICULAR		
APH	TRASF. HOSPITALAR	ALTA HOSPITALAR	INTERNAÇÃO	SIV - INT			
Tipos de Exames		CATE GTT	TOMO TQT /TQM	RX US	CPRS RMN	PET SCAM T. C . HIPER	Outro:

Empresa: PROMED SANTA ANGELA EMERGENCIAS MEDICAS Solicitante: CENTRAL VAGAS Data: 23/07/2025

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

Nome: NATALIA DE CAMARGO LAZARINI Idade: 40 Contato:
Sexo: Masculino Feminino
SUS/CONVENIO: BRADESCO N°CARTEIRINHA: 611078330001018

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 187226	Km: 187265	Km: 187268	Km: 187273	Km: 187312
Hora: 11:10	Hora Chegada: 11:55	Hora Chegada: 12:32	Hora Chegada: 14:22	Hora: 12:53
	Hora Saída: 12:20	Hora Saída: 14:05	Hora Saída: 14:35	
	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

Abdômen 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
12:35	110*80	18	78	15	-	99	-

Abertura ocular:

Espontânea 4 A dor 2
 voz 3 Nenhuma 1

Resposta Vocal:

Orientada 5
 Confusa 4
 Palavras Improórias 3
 Palavras Incompréhencivas 2

Resposta Motor:

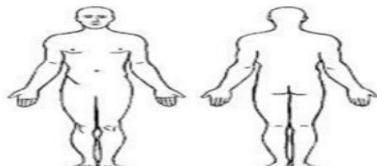
Obdece comandos 6
 Localiza Dor 5
 Movimentos de retardia 4

Flexão Anormal 3
 Extensão Anormal 2
 Nenhuma

T R A U M A	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 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

Observações Médicas / Enfermeiros

Chego ao hospital de origem paciente em leito consciente orientada em AA afebril eupneica normocardica mantendo acesso venoso em MSD jelco 20, transfiro para maca e conduzo a ambulância. Chego a clínica de destino para realização de exame ressonância magnética sem intercorrência. Retorno ao hospital de origem após realização de exame trasfiro paciente aos cuidados da equipe local 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 Data ____/____/____	Enfermagem Responsável Aline Moutinho ALINE CRISTINA MOUTINHO Coren/ 871076 Data ____/____/____	Condutor Socorrista LUIS FERNANDO MONTEIRO CNH/ 01788036010 Data ____/____/____
---	---	--