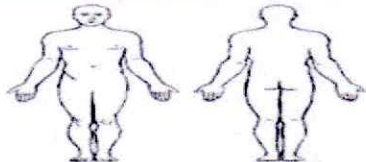


Ficha de Acompanhamento										OS: 1555		
										VTR: 520 - DUCATO		
<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA	<input checked="" type="checkbox"/> EXAMES		<input type="checkbox"/> UTI ADULTO		<input type="checkbox"/> UTI NEO		<input type="checkbox"/> EVENTOS		<input type="checkbox"/> PARTICULAR			
<input type="checkbox"/> APH	<input type="checkbox"/> TRAS.F. 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	Outro:					
		<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT /TQM	<input type="checkbox"/> US	<input checked="" type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. . HIPER						
Empresa: PROMED SANTA ANGELA EMERGENCIAS MEDICAS										Solicitante: CENTRAL		
Data: 21/05/2025												
Origem: HOSPITAL POLICLIN - TAUBATÉ - TAUBATÉ   SP										X HOSPITAL POLICLIN SJC - 09 JULHO - SÃO JOSÉ CAMPOS   SP		
X HOSPITAL POLICLIN - TAUBATÉ - TAUBATÉ   SP												
Nome: GIOVANE CESAR ROSSI MARIOTTO										Idade: 0 anos		
Contato:												
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino										<input type="checkbox"/> Feminino		
SUS/CONVENIO: BRADESCO										NºCARTEIRINHA: NA		
Saída Base		Origem		Destino		Destino		Chegada Base				
Km: 85423		Km: 85438		Km: 85480		Km: 85524		Km: 85518				
Hora: 15:00		Hora Chegada: 15:15		Hora Chegada: 16:20		Hora Chegada: 22:58		Hora: 22:20				
		Hora Saída: 15:30		Hora Saída: 22:19		Hora Saída: 23:10						
		Visto Origem:		Visto Destino:		Visto Destino:						
Neurológica		<input checked="" type="checkbox"/> Lúcido		<input checked="" type="checkbox"/> Orientado		<input checked="" type="checkbox"/> Consciente		<input type="checkbox"/> Confuso		<input type="checkbox"/> Comunicativo		
		<input type="checkbox"/> Não Verbaliza										
Pupilas		<input checked="" type="checkbox"/> Isocóricas		<input type="checkbox"/> Anisocorica		<input type="checkbox"/> Midriátrica		<input type="checkbox"/> Miotica		<input type="checkbox"/> D ou E		
		<input type="checkbox"/> É Maior										
Respiratória		<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéico		<input type="checkbox"/> Taquipnéico		<input type="checkbox"/> Bradipnéico		<input type="checkbox"/> Dispneico		<input type="checkbox"/> Apneia		
Circulatório		<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico		<input type="checkbox"/> Tarquicardico		<input type="checkbox"/> Bradicardico		<input type="checkbox"/> Filiforme				
Abdomem		<input type="checkbox"/> Plano		<input checked="" type="checkbox"/> Globoso		<input type="checkbox"/> Escavado		<input type="checkbox"/> Flácido		<input type="checkbox"/> Em Avental		
		<input type="checkbox"/> Gravidico										
Membros Superior		<input type="checkbox"/> Alterados		<input checked="" type="checkbox"/> Não Alterados		Membros Inferiores		<input checked="" type="checkbox"/> Alterados		<input type="checkbox"/> Não Alterados		
Sinais Vitais												
HORA		PA		FC		FR		GLASGOW		TEMP		
Abertura ocular:				Resposta Verbal:				Resposta Motora:				
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4				<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5				<input checked="" type="checkbox"/> Obdece comandos 6				
<input type="checkbox"/> A dor 2				<input type="checkbox"/> Confusa 4				<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3				
<input type="checkbox"/> voz 3				<input type="checkbox"/> Palavras Impróprias 3				<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5				
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1				<input type="checkbox"/> Palavras Incompreensivas 2				<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4				
<input type="checkbox"/> Nenhuma								<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2				
								<input type="checkbox"/> Nenhuma				
T R A U M A	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												
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


PACIENTE TRANSFEREIDO PARA REALIZAÇÃO DE RMN NA QUAL FOI SUBMETIDO A SEDAÇÃO



### Materiais Utilizados

REALVIDAS

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

Médico Responsável		Enfermagem Responsável		Condutor Socorrista	
Data ____/____/____		CRISTIANE ISABEL DOS SANTOS Coren/ 1027956			
		Data ____/____/____		SAULO RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35	
				Data ____/____/____	



1/ Giovani C. R. Mariotto

Solicito ambulância para  
transferência visando  
realizar ex de imagem  
(ambulância Snyder idk o valor)

Dr. Delmo J. C. Gomes Neto  
Ortopedia e Traumatologia  
Médico - CRM 102.328

27/5/05

Dr(a).

CRM:

---

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