

Ficha de Acompanhamento

OS
VTR 520

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

EMPRESA Promed. Solicitante _____ Data 24.02.25

Origem: H.P. CACAPAUZ x H.P. SSC x H.P. CACAPAUZ

Nome: RODRIGO SANTO JERÔMIA Idade _____ Contato: _____

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO BRADESCO. Nº CARTEIRINHA 848963200495008

km	km	km	km
<u>139372.</u>	<u>139367.</u>	<u>139391</u>	<u>139416</u>
	<u>Hora Chegada 17:13.</u>	<u>Hora Chegada 18:15.</u>	<u>Hora Chegada 19:00</u>
	<u>Hora Saida 17:53</u>	<u>Hora Saida 19:25</u>	<u>Hora Saida 20:00</u>
<u>17:00</u>	<u>Visto Origem Isaque dos Santos Vitoria</u>	<u>Vista Destino Gislene C. Duarte</u>	<u>Vista Destino Fátima R. da Silva</u>
	<u>Auxiliar de Enfermagem</u>	<u>Téc. Enfermagem</u>	<u>Aux. Enfermagem</u>
	<u>COREN-SP 932242</u>	<u>COREN-SP 200993-AE</u>	<u>COREN-SP 200993-AE</u>
		<u>Gislene</u>	<u>Jelaine</u>

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 Protuberante Escavado Flácido Em Avental Gravidico

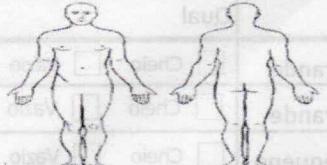
Membros Superior Alterados Não Alterados Membros Inferiores Alterados Não Alterados

Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input type="checkbox"/> Espontânea 4	<input type="checkbox"/> Orientada 5	<input type="checkbox"/> Obdece comandos 6
<input type="checkbox"/> voz 3	<input type="checkbox"/> Confusa 4	<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5
<input type="checkbox"/> A dor 2	<input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3	<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Palavras Incomprêencivas 2	<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3
	<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2
		<input type="checkbox"/> Nenhuma

TRAUMA	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 Duana Cristina de Paula Ferreira

RG/CPF 55.864.062-X

assinatura

Duana Cristina

Observações Médicas / Enfermeiros

REMOCAU REALIZADA SEM INTERFERENCIAS

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
<i>Jmsantana</i>
Data 24/02/25

Condutor Socorrista
<i> </i>
Data _____ / _____ / _____

Rodrigo Santos Ferreira

NASC: 11/12/1980 44 ANOS - INTERNACAO
HPCAC DT ATEND: 24/02/2025 13:30
CONU: BRADESCO



4249149

VTR

520

PARTICULAR APH
 SIV - INT

Rodrigo

Ambulância

Linha

24/02/25

Dr. José Renan de Medeiros
Médico
CRM: 170741

Dr(a).
CRM:

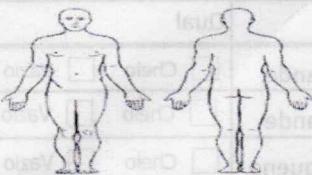
Av. Nove de Julho, 430 - Tel.: (12) 3797-9800 --SJCampos / SP
Av. Andrômeda, 1100 - Tel.: (12) 3797-8500 - SJCampos / SP
Av. Adhemar de Barros, 530 - Tel.: (12) 3797-9000 - SJCampos / SP
Av. Edouard Six, 80 - Tel.: (12) 3953-1044 - Jacareí / SP
Rua Cel. João Dias Guimarães, 266 - Tel.: (12) 3221-1000 - Caçapava-SP
Rua Prof. Luis Augusto Silva, 87 - Tel.: (12) 2125-0333 - Taubaté - SP

TRV

PAUTA	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: Duana Cristina de Paula Ferreira

RG/CPF: 55.864.062-X

assinatura

Duana Cristina