

Ficha de Acompanhamento										OS: 1579			
										VTR: 318 - SPRINTER			
<input type="checkbox"/> BÁSICA	<input type="checkbox"/> EXAMES		<input checked="" type="checkbox"/> UTI ADULTO		<input type="checkbox"/> UTI NEO		<input type="checkbox"/> EVENTOS		<input type="checkbox"/> PARTICULAR				
<input type="checkbox"/> APH	<input checked="" type="checkbox"/> TRASF. 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 type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C . HIPER							
Empresa: P. A. UNIMED DE TAUBATÉ										Solicitante: CENTRAL VAGAS		Data: 31/05/2025	
Origem: HOSPITAL CEPOG UNIMED - GUARATINGUETÁ SP										X HOSPITAL 10 DE JULHO - UNIMED - PINDAMONHANGABA SP		X HOSPITAL 10 DE JULHO - UNIMED - PINDAMONHANGABA SP	
Nome: JOSÉ MIRAGAIA NETO										Idade: 0 anos		Contato:	
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino										<input type="checkbox"/> Feminino			
SUS/CONVENIO: Unimed										NºCARTEIRINHA: 00045500386011939			
Saída Base		Origem		Destino		Destino		Chegada Base					
Km: 183102		Km: 183114		Km: 183134		Km: 183134		Km: 183136					
		Hora Chegada: 17:10		Hora Chegada: 17:50		Hora Chegada: 17:50							
Hora: 16:40		Hora Saída: 17:30		Hora Saída: 18:08		Hora Saída: 18:08		Hora: 18:16					
		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"/> Taquipneico		<input type="checkbox"/> Bradipneico		<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 checked="" type="checkbox"/> Plano		<input 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 type="checkbox"/> Não Alterados		Membros Inferiores		<input type="checkbox"/> Alterados		<input type="checkbox"/> Não Alterados			
Sinais Vitais													
HORA		PA		FC		FR		GLASGOW		TEMP		Sat O2	
Abertura ocular:				Resposta Verbal:				Resposta Motora:					
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4				<input type="checkbox"/> Orientada 5				<input checked="" type="checkbox"/> Obedece 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 checked="" type="checkbox"/> Palavras Improórias 3				<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3					
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1				<input type="checkbox"/> Palavras Incompreêncivas 2				<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2					
								<input type="checkbox"/> 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 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


Transferido paciente José Miragaia neto, de ambulância grades e cabeceira elevada, do hospital Unimed taubate para hospital 10 de julho de pindamonhangaba, consciente orientado, disfagia, previa de AVC (sic) hemiplegia em lado esquerdo,, mantendo avp msd gelco20, isofix dupla vias salinizado, faz uso de fralda geriátrica (sic) devido incontinência urinária, monitorização, Sat O₂ 97%fc71, com acompanhante sua esposa, médico Luis briet, enfermagem Cristiane Isabel dos Santos, 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 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso		Quantos Bar Utilizou

Médico Responsável	Enfermagem Responsável	Condutor Socorrista
Dr. Briet	CRISTIANE ISABEL DOS SANTOS	
LUIZ BRIET DE ALMEIDA	Coren/ 1027956	SAULO RICARDO DOMINONE CESAR
CRM/ 49794	Data ____/____/____	CNH/ 047.907.749-35
Data ____/____/____		Data ____/____/____