

# Ficha de Acompanhamento

OS: 1714

VTR: 798 - JUMPER

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

Empresa: UNIMED CAÇAPAVA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

Solicitante: CENTRAL VAGAS

Data: 07/08/2025

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

Nome: MARLON DOS SANTOS MACHADO

Idade: 30

Contato:

Sexo:  Masculino

Feminino

SUS/CONVENIO: UNIMED

NºCARTEIRINHA: 09170460000052004

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 89106	Km: 89146	Km: 89183	Km: 89183	Km: 89216
Hora: 22:22	Hora Chegada: 22:47	Hora Chegada: 23:35	Hora Chegada: 23:35	Hora: 00:30
	Hora Saída: 23:00	Hora Saída: 23:47	Hora Saída: 23:47	
	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
------	----	----	----	---------	------	--------	-----

### Abertura ocular:

Espontânea 4  A dor 2  
 voz 3  Nenhuma 1

### Resposta Verbal:

Orientada 5  
 Confusa 4  
 Palavras Improórias 3  
 Palavras Incompréhencivas 2

### Resposta Motoria:

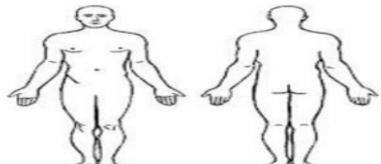
Obdece comandos 6  
 Localiza Dor 5  
 Movimentos de retardia 4

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

Transferido paciente Marlon com acompanhante, de ambulância UTI com enfermagem e médico, respirando AA hipocorado, anemia falciforme, acidose metabólica (sic) descompensada, controlando com insulina regular em Bic, 0,7ml/h com SF0,,9,,% 100ml, refere dor lombar realizado glicemia capilar HI mmg/dl as 22:29 hs , as 22:37hs 334mmg/dl PA 140x80mmhg, SAT o<sup>2</sup>98% fc70 deunimed caçapavapara PA UNIMED ACOMODADO NO LEITO UTI, hemodinâmicamente estáveis, sem intercorrências.



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

Médico Responsável  Dr. Briet  LUIZ BRIET DE ALMEIDA CRM/ 49794  Data ____/____/____	Enfermagem Responsável  CRISTIANE ISABEL DOS SANTOS Coren/ 1027956  Data ____/____/____	Condutor Socorrista    CARLOS ALBERTO MARCONDES DE SOUZA CNH/ 1234546  Data ____/____/____
---	--	---