

Ficha de Acompanhamento

OS
VTR 318

☒ BÁSICA ☐ UTI ADULTO ☐ UTI INFANTIL ☐ UTI NEO ☐ UTI ÁREA ☐ EVENTOS ☐ PARTICULAR ☐ APH
☒ EXAMES ☐ TRASFERÊNCIA HOSPITALAR ☐ ALTA HOSPITALAR ☐ INTERNAÇÃO ☐ SIV - INT

Tipos de Exames ☐ CATE ☒ TOMO ☐ RX ☐ CPRS ☐ PET SCAM ☐ GTT ☐ TQT/TQM ☐ US ☐ RMN ☐ T. C. HIPER. Outros

CLIENTE D. nome d **Solicitante** Central Wagos **Data** 15/04/20

Origem: Polícia (Capanema) x Clínica WK (Laurate) x Polícia (Capanema)

Nome: Wilton Santos Rosa **Idade** 33 **Contato:** _____

SEXO ☒ Masculino ☐ Feminino **SUS / CONVENIO** Prodesco **Nº CARTEIRINHA** 975 317 000 2990 03

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>177 522</u>	km <u>177 591</u>	km <u>177 54</u>	km <u>177 652</u>
	Hora Chegada <u>14:45</u>	Hora Chegada <u>15:40</u>	Hora Chegada <u>17:25</u>	
	Hora Saída <u>15:00</u>	Hora Saída <u>16:40</u>	Hora Saída <u>17:50</u>	
Hora	Vista Origem <u>Araricaia Campos U...</u> COREN-SP 511879-ENF <u>Chien</u>	Vista Destino <u>Araricaia Campos U...</u> <u>Chien</u>	Vista Destino <u>Araricaia Campos U...</u> <u>Chien</u>	Hora <u>18:40</u>

Neurológica ☐ Lúcido ☐ Orientado ☐ consciente ☐ Confuso ☒ Comunicativo ☐ Não Verbaliza

Pupilas ☒ Isocóricas ☐ Anisocórica ☐ Midriática ☐ 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

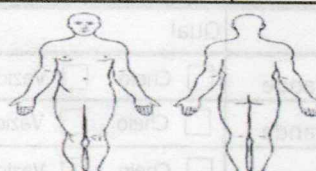
Sinais Vitais							
HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

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

AUP
MS(6)
5=20



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

14:45 h = Chego ao Hospital de origem, paciente em
seito consciente, orientado, aférrico, supereico, normo-
lúdico, em A.A., mantendo AUP em MS/DJS=20
transfêrio para mesa e conduzo à Amplexão
15:40 h = Chego ao Hospital destino, para realização
de exame.
17:05 h = Retorno ao Hospital de origem sem inter-
venções

Materiais Utilizados

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

Médico Responsável

Enfermagem Responsável

Condutor Socorrista

Data

Data

Data

NASC: 14/09/1991 33 ANOS - INTERNADO
HPCAC DT ATEND: 14/04/2025 10:12
CONU: BRADESCO



4331948

Amuliana¹ Jember

Dr(a). Dr. José Renan de Medeiros
Médico
CRM: CRM 170741

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

[illegible]

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

RG/CPF

assinatura

OS	<input type="checkbox"/>	PARTICULAR	<input type="checkbox"/>	APH
ENACÃO	<input type="checkbox"/>	SIV - INT		

ros

Data 15/04/25

solchen Körpern

ato:

317 000 299 003

Chegada Base

km 177 652

Hora 18:40

☐ Não Verbaliza

É Maior

Avental ☐ Gravidico

terados ☒ Não Alterados

Sat 02

Hgt

Resposta Motora

comandos 6

Dor 5

ntos de retardia 4

normal 3

o Anormal 2

MS

Mid

Mie