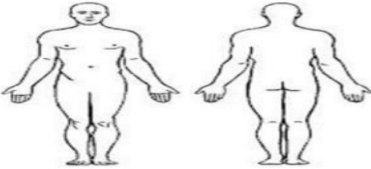


Ficha de Acompanhamento						OS: 1812				
						VTR: 318 - SPRINTER				
<input type="checkbox"/> BÁSICA	<input type="checkbox"/> EXAMES	<input checked="" type="checkbox"/> UTI ADULTO	<input type="checkbox"/> UTI NEO	<input type="checkbox"/> EVENTOS	<input type="checkbox"/> PARTICULAR					
<input type="checkbox"/> 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"/> GTT	<input type="checkbox"/> TOMO <input type="checkbox"/> TQT /TQM	<input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> CPRS <input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> PET SCAM <input type="checkbox"/> T. C . HIPER	Outro:			
Empresa: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE		Solicitante: nir		Data: 24/10/2025						
Origem: SANTA CASA MISERICÓDIA DE APARECIDA - APARECIDA SP		X HOSPITAL FREI GALVÃO - GUARATINGUETÁ - GUARATINGUETA SP		X HOSPITAL FREI GALVÃO - GUARATINGUETÁ - GUARATINGUETA SP						
Nome: FRANCISCO LOURIVAL DE SOUSA		Idade: 79		Contato:						
Sexo:		<input checked="" type="checkbox"/> Masculino		<input type="checkbox"/> Feminino						
SUS/CONVENIO: sus		NºCARTEIRINHA: 9096361								
Saída Base	Origem		Destino		Destino		Chegada Base			
Km: 194915	Km: 194980		Km: 194986		Km: 194986		Km: 195055			
	Hora Chegada: 07:20		Hora Chegada: 07:53		Hora Chegada: 07:53					
Hora: 06:37	Hora Saída: 07:35		Hora Saída: 08:08		Hora Saída: 08:08		Hora: 16:46			
	Visto Origem:		Visto Destino:		Visto Destino:					
Neurológica		<input type="checkbox"/> Lúcido	<input 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 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 type="checkbox"/> Alterados	<input checked="" type="checkbox"/> Não Alterados			
Sinais Vitais										
HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt			
08:30	160*110	81	26	15	-	94	-			
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"/> Localiza Dor 5						
<input type="checkbox"/> voz 3		<input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3		<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4						
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1		<input type="checkbox"/> Palavras Incompreêncivas 2		<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3						
				<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2						
				<input type="checkbox"/> Nenhuma						
TRAUM 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

TRANFERIDO PACIENTE SEM INTERCORRENCIAS - USO DE O2 A 2LT POR MINUTO. PASSADO CASO A EQUIPE MEDICA LOCAL.



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

MARIA DA PENHA SILVESTRE DE OLIVEIRA
DONATILIO
Coren/ 495594

Data ____/____/____

Condutor Socorrista

CARLOS ALBERTO MARCONDES DE SOUZA
CNH/ 1234546

Data ____/____/____