

# Ficha de Acompanhamento

OS: 1578  
VTR: 318 - SPRINTER

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

Empresa: P. A. UNIMED DE TAUBATÉ

Solicitante: CENTRAL DE VAGAS

Data: 30/05/2025

Origem: PA UNIMED TAUBATÉ - TAUBATÉ | SP

X HOSPITAL UNIMED CAÇAPAVA - CAÇAPAVA | SP

X HOSPITAL UNIMED CAÇAPAVA - CAÇAPAVA | SP

Nome: VINÍCIUS CORRÊA LEITE

Idade: 0 anos

Contato:

Sexo:  Masculino

Feminino

SUS/CONVENIO: Unimed

NºCARTEIRINHA: 00060503735495002

| Saída Base  | Origem                             | Destino                             | Destino                             | Chegada Base |
|-------------|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| Km: 182886  | Km: 182897<br>Hora Chegada: 04:10  | Km: 182932<br>Hora Chegada: 04:43   | Km: 182932<br>Hora Chegada: 04:43   | Km: 182947   |
| Hora: 03:45 | Hora Saída: 04:18<br>Visto Origem: | Hora Saída: 04:55<br>Visto Destino: | Hora Saída: 04:55<br>Visto Destino: | Hora: 05:45  |

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  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  
voz 3       A dor 2  
Nenhuma 1

### Resposta Verbal:

Orientada 5  
Confusa 4  
Palavras Improórias 3  
Palavras Incompréhencivas 2

### Resposta Motora:

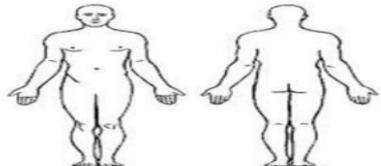
Obdece comandos 6  
Localiza Dor 5  
Movimentos de retardia 4

Flexão Anormal 3  
Extensão Anormal 2  
Nenhuma

|   | Descrição  | Crâ | Face | Col | Tór | Bac | Msd | Mse | Mid | Mie |
|---|------------|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| T | Escoriação |     |      |     |     |     |     |     |     |     |
| R | Cont       |     |      |     |     |     |     |     |     |     |
| A | Ferim      |     |      |     |     |     |     |     |     |     |
| U | Luxa       |     |      |     |     |     |     |     |     |     |
| M | Frat       |     |      |     |     |     |     |     |     |     |
| A | Lace       |     |      |     |     |     |     |     |     |     |
| M | 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 Vinícius Corrêa leite, do hospital Unimed Taubate para Unimed Caçapava de ambulância na maca cabeceira elevadas em jejum, mantendo AVP MSD Gelco 22 isofix dupla vias salinizado, vam documentos do paciente entregue para o enfermeiro Mauro do hospital Unimed de Caçapava, transferência realizada 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<br><hr/> Data ____/____/____ | Enfermagem Responsável<br><hr/> CRISTIANE ISABEL DOS SANTOS<br>Coren/ 1027956<br><hr/> Data ____/____/____ | Condutor Socorrista<br><hr/> <i>Saulo R. Cesar</i><br><hr/> SAULO RICARDO DOMINONE CESAR<br>CNH/ 047.907.749-35<br><hr/> Data ____/____/____ |
|---|--|--|