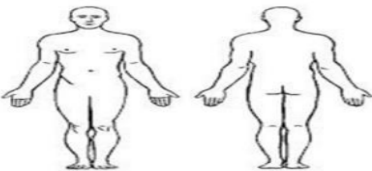


Ficha de Acompanhamento							OS: 1694													
							VTR: 318 - SPRINTER													
<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA			<input checked="" type="checkbox"/> EXAMES			<input type="checkbox"/> UTI ADULTO			<input type="checkbox"/> UTI NEO			<input type="checkbox"/> EVENTOS			<input type="checkbox"/> PARTICULAR					
<input type="checkbox"/> APH			<input 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 checked="" 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: PROMED SANTA ANGELA EMERGENCIAS MEDICAS							Solicitante: CENTRAL VAGAS							Data: 30/07/2025						
Origem: HOSPITAL POLICLIN -TAUBATÉ - TAUBATÉ   SP							X HOSPITAL POIICLIN SJC - 09 JULHO - SÃO JOSÉ CAMPOS   SP							X HOSPITAL POLICLIN -TAUBATÉ - TAUBATÉ   SP						
Nome: JOSÉ ULISSES SOBRINHO							Idade: 54							Contato:						
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino							<input type="checkbox"/> Feminino													
SUS/CONVENIO: BRADESCO							NºCARTEIRINHA: 774705000132009													
Saída Base		Origem				Destino				Destino				Chegada Base						
Km: 187812		Km: 187960				Km: 187868				Km: 187814				Km: 187814						
		Hora Chegada: 19:46				Hora Chegada: 20:36				Hora Chegada: 22:00										
Hora: 19:00		Hora Saída: 20:00				Hora Saída: 21:20				Hora Saída: 22:12				Hora: 21:20						
		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 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						
Abertura ocular:				Resposta Verbal:				Resposta Motora:												
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4				<input type="checkbox"/> A dor 2				<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5				<input type="checkbox"/> Obdece comandos 6		<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3						
<input type="checkbox"/> voz 3				<input type="checkbox"/> Nenhuma 1				<input type="checkbox"/> Confusa 4				<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5		<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2						
								<input type="checkbox"/> Palavras Improprias 3				<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4		<input type="checkbox"/> Nenhuma						
								<input type="checkbox"/> Palavras Incompreêncivas 2												
T R A U M A	Descrição	Crâ		Face		Col		Tór		Bac		Msd		Mse		Mid		Mie		
	Escoriação																			
	Cont																			
	Ferim																			
	Luxa																			
	Frat																			
	Lace																			
	Secç																			
QUEIMADURAS																				
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 de ambulância básica com enfermagem ,acompanhante respirando AA, MANTENDO AVP em msd , gelco 22 , isofix dupla vias refere abdominal do flanco esquerdo,realizar exame de tomografia abdominal com contraste , retorno acomodado no leito de origem 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	Enfermagem Responsável	Condutor Socorrista
Data ____/____/____	CRISTIANE ISABEL DOS SANTOS Coren/ 1027956 Data ____/____/____	 CARLOS ALBERTO MARCONDES DE SOUZA CNH/ 1234546 Data ____/____/____