

Ficha de Acompanhamento

OS: 1529

VTR: 5

<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"/> TOMO	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM
	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT /TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C . HIPER

Outro:

Empresa: PROMED SANTA ANGELA EMERGENCIAS MEDICAS Solicitante: CENTRAL VAGAS Data: 15/05/2025
 Origem: HOSPITAL FREI GALVÃO - GUARATINGUETA | SP X HOSPITAL 10 DE JULHO - PINDAMONHANGABA | SP X HOSPITAL 10 DE JULHO - PINDAMONHANGABA | SP

Nome: MARIO JOSE HONÓRIO Idade: 52 Contato: _____
 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino
 SUS/CONVENIO: BRADESCO NºCARTEIRINHA: NI

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 80560	Km: 80612	Km: 80655	Km: 80655	Km: 80657
	Hora Chegada: 15:46	Hora Chegada: 16:34	Hora Chegada: 16:34	
Hora: 15:00	Hora Saída: 16:00	Hora Saída: 17:52	Hora Saída: 17:52	Hora: 18:00
	Visto Origem:	Visto Destino:	Visto Destino:	

Neurológica	<input checked="" type="checkbox"/> Lúcido	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input 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"/> Anisocórica	<input type="checkbox"/> Midrítrica	<input type="checkbox"/> Miotica	<input type="checkbox"/> D ou E	<input type="checkbox"/> É Maior
Respiratória	<input type="checkbox"/> Eupnéico	<input type="checkbox"/> Taquipnéico	<input type="checkbox"/> Bradipnéico	<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 checked="" type="checkbox"/> Plano	<input 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

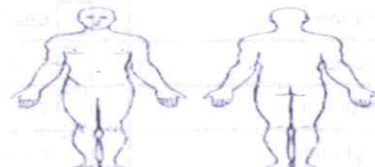
HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

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

Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
T									
R									
A									
U									
M									
A									
A									

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

Chego ao hospital de origem paciente em leito de uti consciente orientado em AA, a febril, eupneico, normocardico mantendo acesso venoso em MSD jelco 20, transfiro para maca e conduzo a ambulância. Chego no hospital de destino transfiro paciente aos cuidados da equipe 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		Quanto Bar Utilizou		
	02 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso		Quanto Bar Utilizou		
	03 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso		Quanto Bar Utilizou		
	04 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso		Quanto Bar Utilizou		

Médico Responsável

Dr. Briet

LUIZ BRIET DE ALMEIDA
CRM/ 49794

Data ____/____/____

Enfermagem Responsável

Aline Moutinho

ALINE CRISTINA MOUTINHO
Coren/ 871076

Data ____/____/____

Condutor Socorrista

CARLOS ALBERTO MARCONDES DE SOUZA
CNH/ 1234546

Data ____/____/____

Marie Jose Honório

Soluto

Ambrancia UTI

14/05/25

Dr. Sydney O. Silveira
CRM-SP 239.504

Entidade beneficente, filantrópica, sem fins lucrativos, declarada de utilidade pública

Rua Gastão Meireles, s/nº
São Benedito - 12502-370
Guaratinguetá-SP

(12) 3128-3800

 hospitalmatfreigalvao
www.hospitalfreigalvao.com.br
sac@hospitalfreigalvao.com.br

