

Ficha de Acompanhamento

OS: 1520

VTR: 2

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

Empresa: PLENO SAÚDE LTDA Solicitante: Central de vagas Data: 13/05/2025

Origem: PERIMETRO SÃO JOSÉ CAMPOS - SÃO JOSÉ
CAMPOS | SP X HOSPITAL POIICLIN SJC - 09 JULHO - SÃO JOSÉ
CAMPOS | SP X HOSPITAL POIICLIN SJC - 09 JULHO - SÃO JOSÉ
CAMPOS | SP

Nome: Maria auxiliadora Monteiro Pessoa. Idade: 68 Contato:
Sexo: Masculino Feminino
SUS/CONVENIO: Bradesco NºCARTEIRINHA: 944360008494017

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 180181	Km: 180234 Hora Chegada: 05:30	Km: 180234 Hora Chegada: 06:00	Km: 180234 Hora Chegada: 06:00	Km: 0
Hora: 04:40	Hora Saída: 06:57 Visto Origem:	Hora Saída: 06:18 Visto Destino:	Hora Saída: 06:18 Visto Destino:	Hora: 08:40

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

Abdômen 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 Incompréencivas 2

Resposta Motoria:

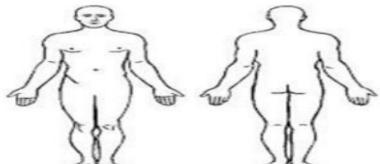
Obdece comandos 6
 Localiza Dor 5
 Movimentos de retardia 4

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									
	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

RG/CPF

Assinatura

Observações Médicas / Enfermeiros

05:30h Chego a residência de origem paciente acamada , transfiro para cadeira e conduzo á ambulância, coloco paciente em maca. 05:55h Chego ao hospital de destino transfiro aos cuidados da equipe ocal.



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 Data ____/____/____	Enfermagem Responsável Aline Moutinho ALINE CRISTINA MOUTINHO Coren/ 871076 Data ____/____/____	Condutor Socorrista SAULO RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35 Data ____/____/____
---	---	---