

Ficha de Acompanhamento										OS: 1674	
										VTR: 798 - JUMPER	
<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 type="checkbox"/> GTT		<input checked="" 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: PROMED SANTA ANGELA EMERGENCIAS MEDICAS Solicitante: central vagas Data: 18/07/2025											
Origem: PRONTIL HOSPITAL INFANTIL - SÃO JOSÉ CAMPOS - X PRONTIL HOSPITAL INFANTIL - SÃO JOSÉ CAMPOS - X PRONTIL HOSPITAL INFANTIL - SÃO JOSÉ CAMPOS - SÃO JOSÉ CAMPOS SP SÃO JOSÉ CAMPOS SP SÃO JOSÉ CAMPOS SP											
Nome: esther dos santos silva tertuliano Idade: 13 Contato: Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino SUS/CONVENIO: BRADESCO NºCARTEIRINHA: 610339520027028											
Saída Base		Origem		Destino		Destino		Chegada Base			
Km: 87244		Km: 87302		Km: 87305		Km: 87305		Km: 87373			
Hora: 14:00		Hora Chegada: 14:23		Hora Chegada: 17:50		Hora Chegada: 17:50		Hora: 15:14			
		Hora Saída: 17:40		Hora Saída: 19:00		Hora Saída: 19:00					
		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 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	
15:00								15			
										Sat O2	
										94	
Hgt											
Abertura ocular:		<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4		<input type="checkbox"/> A dor 2		Resposta Verbal:		Resposta Motora:		<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3	
		<input type="checkbox"/> voz 3		<input type="checkbox"/> Nenhuma 1		<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5		<input checked="" type="checkbox"/> Obdece comandos 6		<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2	
						<input type="checkbox"/> Confusa 4		<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5		<input type="checkbox"/> Nenhuma	
						<input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3		<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4			
						<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											
	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


TRANSFERIDO PACIENTE criança, de ambulância acompanhante enfermagem ,RESPIRANDO AA ,ectérica,MANTENDO AVP EM MSd GELCO 22 duplaviás SIC,anemia falsiforme, realizar exame de imagens, ,sem INTERCORRENCIAS. Condutor Carlos Enfermagem Cristiane



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 - 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 ____/____/____