

Ficha de Acompanhamento							OS: 1614					
							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		
<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 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: SAÚDE PADRONIZADA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR ESPECIALIZADA LTDA Solicitante: CENTRAL VAGAS Data: 14/06/2025												
Origem: HOSPITAL CEPOG UNIMED - GUARATINGUETÁ SP X PERIMETRO DE GUARATINGUETÁ - GUARATINGUETÁ SP X PERIMETRO DE GUARATINGUETÁ - GUARATINGUETÁ SP												
Nome: REGINA ELENA ANSELMO VALADÃO SOUZA Idade: 73 Contato:												
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino												
SUS/CONVENIO: Unimed NºCARTEIRINHA: 00045500065010130												
Saída Base		Origem			Destino			Destino			Chegada Base	
Km: 185119		Km: 185168			Km: 185173			Km: 185173			Km: 185225	
		Hora Chegada: 17:49			Hora Chegada: 18:27			Hora Chegada: 18:27				
Hora: 17:15		Hora Saída: 18:10			Hora Saída: 18:39			Hora Saída: 18:39			Hora: 19:30	
		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 checked="" 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		
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"/> A dor 2				<input type="checkbox"/> Confusa 4				<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5				
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1				<input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3				<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4				
<input type="checkbox"/> Nenhuma 2				<input type="checkbox"/> Palavras Incompreêncivas 2				<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3				
								<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2				
								<input type="checkbox"/> Nenhuma				
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



Paciente em leito hospitalar, em uso de sne fechada, acomodada em maca de transporte, transferida para sua resistência sem intercorrências, acomodada no leito com grades e cabeceira elevadas, segue aos cuidados da filha e cuidadora.....Enfermeira Daniela - Coren:698661



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 ____/____/____	 DANIELA DE OLIVEIRA MONTTOANI Coren/ 698661 Data ____/____/____	 SAULO RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35 Data ____/____/____