

Ficha de Acompanhamento

OS: 1730
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		
APH	TRASF. HOSPITALAR	ALTA HOSPITALAR	INTERNAÇÃO	SIV - INT			
Tipos de Exames		CATE GTT	TOMO TQT /TQM	RX US	CPRS RMN	PET SCAM T. C . HIPER	Outro: ABDOMEM TOTAL COM CONTRASTE

Empresa: PROMED SANTA ANGELA EMERGENCIAS MEDICAS
Solicitante: CENTRAL VAGAS
Data: 20/08/2025

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

Nome: JOSÉ PEREIRA DA SILVA
Idade: 68
Contato:

Sexo: Masculino Feminino

SUS/CONVENIO: BRADESCO
NºCARTEIRINHA: 951014966314361801

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 189808	Km: 189808 Hora Chegada: 18:16	Km: 189852 Hora Chegada: 19:15	Km: 189897 Hora Chegada: 21:06	Km: 189919
Hora: 18:16	Hora Saída: 18:28 Visto Origem:	Hora Saída: 20:21 Visto Destino:	Hora Saída: 21:16 Visto Destino:	Hora: 22:00

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
19:00	136*86					98	

Abertura ocular:

Espontânea 4
voz 3

A dor 2
Nenhuma 1

Resposta Verbal:

Orientada 5
 Confusa 4
 Palavras Improórias 3
 Palavras Incompréhencivas 2

Resposta Motoria:

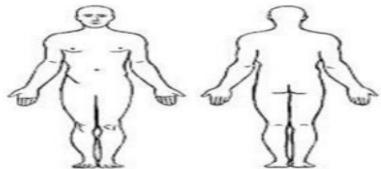
Obdece comandos 6
Localiza Dor 5
Movimentos de retardia 4

Flexão Anormal 3
Extensão Anormal 2
Nenhuma

Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
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 ambulância 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

Transferido paciente sem acompanhante, de ambulância básica com enfermagem, SIC HD CA de intestino ,HAS,DM, respirando AA,confusos,POS OPERATÓRIO com uma incisão cirúrgica na região do abdômen pontos da região medial epigástrica até região pubiana ,curativo oclusivo abaixo da cicatriz umbilical com 2 pontos com decência,com vazamento de hexudato serosanguinolento em média quantidade de policlin Unimed Taubaté,para realizar EXAME de tomografia de abdômen total no policlin Unimed SJC, com contraste, retorno acomodado no leito hemodinâmica mente estáveis,sem intercorrências .



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 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	

Médico Responsável	Enfermagem Responsável	Condutor Socorrista
	CRISTIANE ISABEL DOS SANTOS Coren/ 1027956	<i>Aval</i>
Data ____/____/____	Data ____/____/____	CARLOS ALBERTO MARCONDES DE SOUZA CNH/ 1234546
		Data ____/____/____