

Ficha de Acompanhamento							OS: 1791				
							VTR: 798 - JUMPER				
<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"/> 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: P. A. UNIMED DE TAUBATÉ							Solicitante: CENTRAL VAGAS				
Data: 04/10/2025											
Origem: PA UNIMED TAUBATÉ - TAUBATÉ SP		X HOSPITAL 10 DE JULHO - UNIMED - PINDAMONHANGABA - PINDAMONHANGABA SP		X HOSPITAL 10 DE JULHO - UNIMED - PINDAMONHANGABA - PINDAMONHANGABA SP							
Nome: WELLINGTON BILORA DE OLIVEIRA							Idade: 36				
Contato:											
Sexo:		<input checked="" type="checkbox"/> Masculino		<input type="checkbox"/> Feminino							
SUS/CONVENIO: UNIMED							NºCARTEIRINHA: 0 040 157900052300 0				
Saída Base		Origem		Destino		Destino					
Km: 91502		Km: 91506		Km: 91520		Km: 91520					
Hora: 08:00		Hora Chegada: 08:31		Hora Chegada: 09:08		Hora Chegada: 09:08					
		Hora Saída: 08:42		Hora Saída: 09:20		Hora Saída: 09:20					
		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"/> Anisocórica		<input type="checkbox"/> Midrítrica					
		<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 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					
09:00		110*90		90		20					
15		-		97		-					
Abertura ocular:		Resposta Verbal:		Resposta Motora:							
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4		<input type="checkbox"/> A dor 2		<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5		<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3					
<input type="checkbox"/> voz 3		<input type="checkbox"/> Nenhuma 1		<input type="checkbox"/> Confusa 4		<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5					
				<input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3		<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4					
				<input type="checkbox"/> Palavras Incompreêncivas 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

TRANSFERENCIA REALIZADA SEM INTERCORRENCIAS



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	Enfermagem Responsável	Condutor Socorrista
Dr. Briet	ADRIANA MARTINS	ADRIANO DE OLIVEIRA
LUIZ BRIET DE ALMEIDA	Coren/ 274482	CNH/ 04165115514
CRM/ 49794	Data ____/____/____	Data ____/____/____
Data ____/____/____		