

Ficha de Acompanhamento							OS: 1726				
							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	
<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 checked="" type="checkbox"/> T. C . HIPER	
										Outro: ABDOMEM	
Empresa: UNIMED DE CACAPAVA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO - HC							Solicitante: CENTRAL DE VAGAS		Data: 19/08/2025		
Origem: HOSPITAL UNIMED CAÇAPAVA - CAÇAPAVA SP							X CLINICA VIDA - CAÇAPAVA - CAÇAPAVA SP		X HOSPITAL UNIMED CAÇAPAVA - CAÇAPAVA SP		
Nome: LUIZ FERNANDO SANTOS DE ASSIS							Idade: 46		Contato:		
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino							<input checked="" type="checkbox"/> Feminino				
SUS/CONVENIO: UNIMED							NºCARTEIRINHA: 09105002000142000				
Saída Base		Origem		Destino		Destino		Chegada Base			
Km: 189555		Km: 189594		Km: 189597		Km: 189600		Km: 189640			
		Hora Chegada: 03:51		Hora Chegada: 03:59		Hora Chegada: 04:45					
Hora: 03:10		Hora Saída: 03:55		Hora Saída: 04:37		Hora Saída: 04:50		Hora: 05:30			
		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 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									
Abertura ocular:				Resposta Verbal:				Resposta Motora:			
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4				<input type="checkbox"/> A dor 2				<input type="checkbox"/> Obdece comandos 6			
<input type="checkbox"/> voz 3				<input type="checkbox"/> Nenhuma 1				<input checked="" type="checkbox"/> Localiza Dor 5			
				<input type="checkbox"/> Orientada 5				<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3			
				<input type="checkbox"/> Confusa 4				<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2			
				<input type="checkbox"/> Palavras Improprias 3				<input type="checkbox"/> Nenhuma			
				<input type="checkbox"/> Palavras Incompreensivas 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 dA Unimed caçapava para realizar exame de TV lombar respirando AA, mantendo AVP em MSD carter sobre agulha número 22, dupla vias salinizado, SIC ,hd de coluna lombar, retorno acomodado no leito hemodinamicamente estáveis, sem intercorrências.



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
Data ____/____/____	CRISTIANE ISABEL DOS SANTOS Coren/ 1027956 Data ____/____/____	 CARLOS ALBERTO MARCONDES DE SOUZA CNH/ 1234546 Data ____/____/____