

Ficha de Acompanhamento

OS: 1527

VTR: 5

<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA APH	<input type="checkbox"/> EXAMES TRASF. HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> UTI ADULTO ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> UTI NEO INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> EVENTOS SIV - INT	<input type="checkbox"/> PARTICULAR		
Tipos de Exames		CATE GTT	TOMO TQT /TQM	RX US	CPRS RMN	PET SCAM T. C . HIPER	Outro:

Empresa: PROMED SANTA ANGELA EMERGENCIAS MEDICAS
 Solicitante: CENTRAL VAGAS
 Data: 15/05/2025

Origem: HOSPITAL MUNICIPAL PASSA QUATRO - PASSA QUATRO | MG X HOSPITAL VIVALE - SÃO JOSÉ CAMPOS | SP X HOSPITAL VIVALE - SÃO JOSÉ CAMPOS | SP

Nome: ITURBIDIS FABIANO TORRES
 Idade: 0 anos
 Contato:

Sexo: Masculino Feminino

SUS/CONVENIO: BRADESCO N°CARTEIRINHA: 544544171342017

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 80196	Km: 80335	Km: 80488	Km: 80488	Km: 80530
Hora: 06:00	Hora Chegada: 08:27	Hora Chegada: 11:05	Hora Chegada: 11:05	
	Hora Saída: 09:44 Visto Origem:	Hora Saída: 11:30 Visto Destino:	Hora Saída: 11:30 Visto Destino:	Hora: 10:30

Neurológica	<input checked="" type="checkbox"/> Lúcido	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Confuso	<input type="checkbox"/> Comunicativo	<input type="checkbox"/> Não Verbaliza
Pupilas	<input checked="" type="checkbox"/> Isocôricas	<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		
Abdômen	<input checked="" type="checkbox"/> Plano	<input 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	Sat O2	Hgt

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:

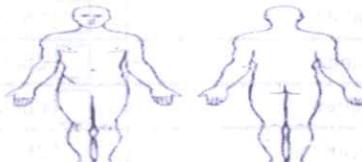
Obdece comandos 6
 Localiza Dor 5
 Movimentos de retardia 4

Flexão Anormal 3
 Extensão Anormal 2
 Nenhuma

Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
Escoriação									
Cont									
Aferim									
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

Paciente no leito, sem dispositivos, consciente, orientado, comunicativo, porém com períodos de confusão mental, eupneico em AA, hemodinâmica estável, acomodado em maca de transporte e encaminhado ao Hospital Vivalle, sem intercorrências. Passo plantão, segue aos cuidados de enfermagem da UTI do hospital Vivalle.



Materiais Utilizados

REAL VIDAS

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 - Pequeno	<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 MONTOANI Coren/ 698661 Data ____/____/____	CARLOS ALBERTO MARCONDES DE SOUZA CNH/ 1234546 Data ____/____/____



CASA DE CARIDADE DE PASSA QUATRO

I fui bodes Fabiano Tonny

Solen b

Amoçor am hulam au

UTI para hospital

Vivalle



**NÃO BEBA - NÃO FUME
JÁ TEMOS DOENTES DEMAIS**