

Ficha de Acompanhamento

OS: 1725
VTR: 318 - SPRINTER

☒ BÁSICA
☐ APH

☐ EXAMES
☒ TRASF. HOSPITALAR

☐ UTI ADULTO
☐ ALTA HOSPITALAR

☐ UTI NEO
☐ INTERNAÇÃO

☐ EVENTOS
☐ SIV - INT

☐ PARTICULAR

Tipos de Exames

☐ CATE
☐ GTT

☐ TOMO
☐ TQT /TQM

☐ RX
☐ US

☐ CPRS
☐ RMN

☐ PET SCAM
☐ T. C . HIPER

Outro:

Empresa: P. A. UNIMED DE TAUBATÉ

Solicitante: CENTRAL VAGAS

Data: 17/08/2025

Origem: PA UNIMED TAUBATÉ - TAUBATÉ | SP

X HOSPITAL POLICLIN -TAUBATÉ - TAUBATÉ | SP

X HOSPITAL POLICLIN -TAUBATÉ - TAUBATÉ | SP

Nome: LARISSA RIBEIRO DOS SANTOS

Idade: 21

Contato:

Sexo:

☐ Masculino

☒ Feminino

SUS/CONVENIO: UNIMED

NºCARTEIRINHA: NA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 189505	Km: 189523	Km: 189524	Km: 189524	Km: 189543
	Hora Chegada: 17:07	Hora Chegada: 17:30	Hora Chegada: 17:30	
Hora: 16:31	Hora Saída: 17:17	Hora Saída: 17:40	Hora Saída: 17:40	Hora: 18:00
	Visto Origem:	Visto Destino:	Visto Destino:	

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

Abdomem

☐ 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
------	----	----	----	---------	------	--------	-----

Abertura ocular:

☒ Espontânea 4

☐ A dor 2

☐ voz 3

☐ Nenhuma 1

Resposta Verbal:

☒ Orientada 5

☐ Confusa 4

☐ Palavras Improprias 3

☐ Palavras Incompreensivas 2

Resposta Motora:

☒ Obedece comandos 6

☐ Localiza Dor 5

☐ Movimentos de retardia 4

☐ Flexão Anormal 3

☐ Extensão Anormal 2

☐ Nenhuma

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

Observações Médicas / Enfermeiros

hego ao hospital de origem paciente no leito consciente orientada em AA afebril eupneico normocardica mantendo acesso venoso em MSE jelco 22 transfiro para maca e conduzo a ambulância. Chego ao hospital de destino transfiro paciente aos cuidados da equipe local 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	Conductor Socorrista
Data ____/____/____	<div>Aline Moutinho</div> <div>ALINE CRISTINA MOUTINHO</div> <div>Coren/ 871076</div> <div>Data ____/____/____</div>	<div></div> <div>CARLOS ALBERTO MARCONDES DE SOUZA</div> <div>CNH/ 1234546</div> <div>Data ____/____/____</div>