

# Ficha de Acompanhamento

OS: 1810  
VTR: 318 - SPRINTER

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

Empresa: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE  
Solicitante: nir  
Data: 23/10/2025  
Origem: SANTA CASA MISERICÓDIA DE APARECIDA - X HOSPITAL REGIONAL SÃO JOSÉ CAMPOS - SÃO  
APARECIDA | SP JOSÉ CAMPOS | SP X HOSPITAL REGIONAL SÃO JOSÉ CAMPOS - SÃO  
JOSÉ CAMPOS | SP

Nome: MARIO RIBEIRO DOS SANTOS Idade: 75 Contato:  
Sexo:  Masculino  Feminino  
SUS/CONVENIO: sus NºCARTEIRINHA: 32944154

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 194624	Km: 194690	Km: 194775	Km: 194775	Km: 194873
Hora: 07:30	Hora Chegada: 08:47	Hora Chegada: 09:51	Hora Chegada: 09:51	Hora: 19:21
	Hora Saída: 09:00	Hora Saída: 10:07	Hora Saída: 10:07	
	Visto Origem:	Visto Destino:	Visto Destino:	

Neurológica  Lúcido  Orientado  Consciente  Confuso  Comunicativo  Não Verbaliza

Pupilas  Isocóricas  Anisocorica  Midriátrica  Miótica  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
08:15	120*89	79	16	15	36	94	-

### 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:

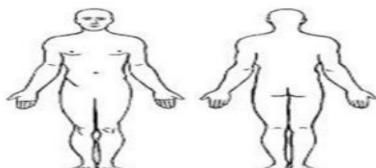
Obdece comandos 6  
 Localiza Dor 5  
 Movimentos de retardia 4

Flexão Anormal 3  
Extensão Anormal 2  
Nenhuma

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 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

TRANSFERÊNCIA DO PACIENTE ORIENTADO E CONCIENTE PARA REALIZAÇÃO DE CATETERISMO SEM INTERCORRENCIAS NO TRAJETO



## 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  Dr. Briet  LUIZ BRIET DE ALMEIDA CRM/ 49794 Data ____/____/____	Enfermagem Responsável  MARIA DA PENHA SILVESTRE DE OLIVEIRA DONATILIO Coren/ 495594 Data ____/____/____	Condutor Socorrista  <i>Apolo</i>  CARLOS ALBERTO MARCONDES DE SOUZA CNH/ 1234546 Data ____/____/____
---	---	---