

Ficha de Acompanhamento

OS: 1661
VTR: 798 - JUMPER

<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		
APH	TRASF. HOSPITALAR	ALTA HOSPITALAR	INTERNAÇÃO	SIV - INT			
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: 08/07/2025

Origem: HOSPITAL POLICIN - CAÇAPAVA - CAÇAPAVA | SP X HOSPITAL POIICLIN SJC - 09 JULHO - SÃO JOSÉ CAMPOS | SP X HOSPITAL POLICIN - CAÇAPAVA - CAÇAPAVA | SP

Nome: RAFAEL RODRIGO RIBEIRO Idade: 38 Contato:
Sexo: Masculino Feminino
SUS/CONVENIO: PORTO SEGURO NºCARTEIRINHA: 4876204002110106

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 85420	Km: 85461	Km: 85486	Km: 85512	Km: 85550
Hora: 13:50	Hora Chegada: 14:24	Hora Chegada: 15:10	Hora Chegada: 17:30	Hora: 18:20
	Hora Saída: 14:34	Hora Saída: 17:01	Hora Saída: 17:39	
	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

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

Abertura ocular:

Espontânea 4
 voz 3 A dor 2
 Nenhuma 1

Resposta Verbal:

Orientada 5
 Confusa 4
 Palavras Improórias 3
 Palavras Incompréencivas 2

Resposta Motoria:

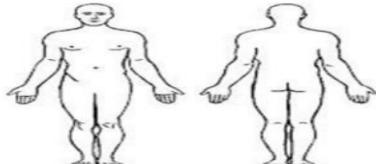
Obdece comandos 6
 Localiza Dor 5
 Movimentos de retardia 4

Flexão Anormal 3
 Extensão Anormal 2
 Nenhuma

	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
T	Escoriação									
R	Cont									
A	Ferim									
U	Luxa									
M	Frat									
A	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

RG/CPF

Assinatura

Observações Médicas / Enfermeiros

REALIZADO TRANSPORTE DO PACIENTE PARA REALIZAÇÃO DE EXAME TOMO, APOS ANALISE DO MEDICO FOI SOLICITADO NOVO EXAME COM CONTRASTE RETORNANDO A ORIGEM 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
Data ____ / ____ / ____	Data ____ / ____ / ____	Data ____ / ____ / ____