

Ficha de Acompanhamento

OS: 1624

VTR: 798 - JUMPER

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: PROMED SANTA ANGELA EMERGENCIAS MEDICAS

Solicitante: CENTRA VAGAS

Data: 20/06/2025

Origem: SANTA CASA - CRUZEIRO - CRUZEIRO | SP

X HOSPITAL VIVALE - SÃO JOSÉ CAMPOS | SP

X HOSPITAL VIVALE - SÃO JOSÉ CAMPOS | SP

Nome: Fátima DAS GRAÇAS CARVALHO BORGES LEITE

Idade: 64

Contato:

Sexo: Masculino

Feminino

SUS/CONVENIO: Sul América

NºCARTEIRINHA: NI

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 82824	Km: 82903 Hora Chegada: 07:50	Km: 84042 Hora Chegada: 09:40	Km: 84042 Hora Chegada: 09:40	Km: 83104
Hora: 06:50	Hora Saída: 08:00 Visto Origem:	Hora Saída: 10:00 Visto Destino:	Hora Saída: 10:00 Visto Destino:	Hora: 10:30

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 Motora:

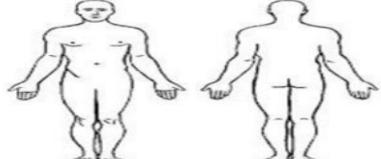
Obdece comandos 6
Localiza Dor 5
Movimentos de retardia 4

Flexão Anormal 3
Extensão Anormal 2
Nenhuma

T	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
Escrariação										
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

RG/CPF

Assinatura

Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente com suspeita de tc, Transferência sem INTERCORRESCIA



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 Aline Moutinho ALINE CRISTINA MOUTINHO Coren/ 871076 Data ____/____/____	Condutor Socorrista <i>Ariel</i> CARLOS ALBERTO MARCONDES DE SOUZA CNH/ 1234546 Data ____/____/____
---	---	---