

Ficha de Acompanhamento

OS
VTR 318

- BÁSICA UTI ADULTO UTI INFANTIL UTI NEO UTI ÁREA EVENTOS PARTICULAR APH
 EXAMES TRASFERÊNCIA HOSPITALAR ALTA HOSPITALAR INTERNAÇÃO SIV - INT

Tipos de Exames CATE TOMO RX CPRS PET SCAM
 GTT TOT / TQM US RMN T. C. HIPER. Outros

CLIENTE *Purom d* Solicitante *Central Vagos* Data *15-04-25*

Origem: *Policlinicacopava* x *Policlinic 9 de julho.* x *Policlinicacopava*

Nome: *Raissa. Bottom* Idade *35* Contato:

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO *Branesco* Nº CARTEIRINHA *954360063363008*

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <i>177499</i>	km <i>177522</i>	km <i>177546</i>	km <i>177571</i>	km
Hora Chegada <i>13:30</i>	Hora Chegada <i>13:50</i>	Hora Chegada <i>14:45</i>	Hora Chegada <i>15:00</i>	
Hora Saída <i>13:28</i>	Hora Saída <i>14:15</i>	Hora Saída <i>15:00</i>		
Visto Origem <i>12:37</i>	Vista Destino <i>Kto AIR</i>	Vista Destino <i>Diana</i>	Vista Destino <i>Amonde</i>	Hora

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 Protuberante Escavado Flácido Em Avental Gravidico

Membros Superior Alterados Não Alterados Membros Inferiores Alterados Não Alterados

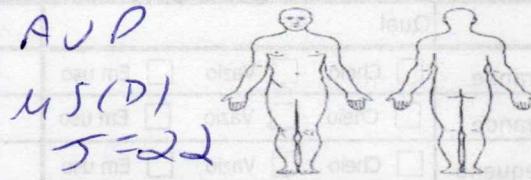
Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motoria
<input type="checkbox"/> Espontânea 4	<input type="checkbox"/> Orientada 5	<input type="checkbox"/> Obedece comandos 6
<input type="checkbox"/> voz 3	<input type="checkbox"/> Confusa 4	<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5
<input type="checkbox"/> A dor 2	<input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3	<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Palavras Incomprêencivas 2	<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3
	<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2
		<input type="checkbox"/> Nenhuma

TRAUMA	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
	Escoriação									
Cont										
Ferim										
Luxa										
Frat										
Lace										
Secç										

QUEIMADURAS	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 _____ assinatura _____

RG/CPF _____

Observações Médicas / Enfermeiros

13:10h = Chegou ao hospital de destino, paciente em nível consciente, orientada em A.A, calma, respiração regular, pulso ligeiramente acelerado 80 bpm, pressão arterial 140/80 mmHg, temperatura 37.5°C, saturação de oxigênio 95%.

13:50h = Chegou ao hospital de destino para realização de exames.

14:45h = Retorno ao hospital de origem sem intercorrência.

Materiais Utilizados

REAL VIDAS

Pedágios	Qual	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		
Data _____/_____/_____		

Enfermagem Responsável		
Data 15/04/25		

Condutor Socorrista		
Data 15/04/25		

Raisa Bottan

NASC: 15/01/1990 35 ANOS - INTERNADO
HPCAC DT ATEND: 14/04/2025 16:41
CONU: BRADESCO



4332858

Raisa

Amilcar = syntex

Dr. José Renan de Medeiros
Médico
CRM 170741

14/04/25

Dr(a).

CRM:

- Av. Nove de Julho, 430 - Tel.: (12) 3797-9800 --SJCAMPoS / SP
- Av. Andrômeda, 1100 - Tel.: (12) 3797-8500 - SJCAMPoS / SP
- Av. Adhemar de Barros, 530 - Tel.: (12) 3797-9000 - SJCAMPoS / SP
- Av. Edouard Six, 80 - Tel.: (12) 3953-1044 - Jacareí / SP
- Rua Cel. João Dias Guimarães, 266 - Tel.: (12) 3221-1000 - Caçapava-SP
- Rua Prof. Luis Augusto Silva, 87 - Tel.: (12) 2125-0333 - Taubaté - SP

TR

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

VTR

318

S PARTICULAR APH
IAÇÃO SIV - INT

DS

adps Data 15-04-25

Policlin Vassouras

to:

1360063363008

Chegada Base

71 km

:45

:00

102 Hora

Não Verbaliza

É Maior

evental Gravidico

erados Não Alterados

Sat O2

Hgt

Resposta Motora

comandos 6

Dor 5

ntos de retardia 4

normal 3

Anormal 2

a

Mse

Mid

Mie

AUD
MS(D)
T=22

