

Ficha de Acompanhamento

OS: 1721
VTR: 318 - SPRINTER

<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: abdomem

Empresa: PROMED SANTA ANGELA EMERGENCIAS MEDICAS
Solicitante: CENTRAL VAGAS Data: 12/08/2025
Origem: HOSPITAL POLICLIN -TAUBATÉ - TAUBATÉ | X HOSPITAL POLICLIN MATERNIDADE - SJC - SÃO JOSÉ CAMPOS | X HOSPITAL POLICLIN -TAUBATÉ - TAUBATÉ | SP SP

Nome: JOÃO PEREIRA DOS SANTOS Idade: 68 Contato:
Sexo: Masculino Feminino
SUS/CONVENIO: MED SERVICE NºCARTEIRINHA: 951014966314361801

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 188753	Km: 188669	Km: 11815	Km: 188871	Km: 188900
Hora: 19:00	Hora Chegada: 19:28	Hora Chegada: 20:20	Hora Chegada: 21:27	Hora: 22:00
	Hora Saída: 19:40	Hora Saída: 20:55	Hora Saída: 21:40	
	Visto Origem:	Visto Destino:	Visto Destino:	

Neurológica	<input checked="" type="checkbox"/> Lúcido	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Confuso	<input type="checkbox"/> Comunicativo	<input type="checkbox"/> Não Verbaliza
Pupilas	<input checked="" type="checkbox"/> Isocóricas	<input type="checkbox"/> Anisocorica	<input type="checkbox"/> Midriátrica	<input type="checkbox"/> Miotica	<input type="checkbox"/> D ou E	<input type="checkbox"/> É Maior
Respiratória	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéico	<input type="checkbox"/> Taquipneico	<input type="checkbox"/> Bradipneico	<input type="checkbox"/> Dispneico	<input type="checkbox"/> Apneia	
Circulatório	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Tarquicardico	<input type="checkbox"/> Bradicardico	<input type="checkbox"/> Filiforme		
Abdômen	<input type="checkbox"/> Plano	<input checked="" type="checkbox"/> Globoso	<input type="checkbox"/> Escavado	<input type="checkbox"/> Flácido	<input type="checkbox"/> Em Avental	<input type="checkbox"/> Gravidico
Membros Superior	<input type="checkbox"/> Alterados	<input type="checkbox"/> Não Alterados	Membros Inferiores		<input type="checkbox"/> Alterados	<input checked="" type="checkbox"/> Não Alterados

Sinais Vitais

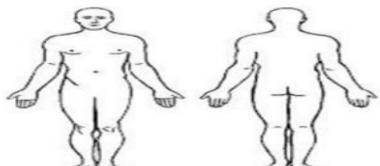
HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
------	----	----	----	---------	------	--------	-----

Abertura ocular:	Resposta Verbal:	Resposta Motoria:
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4 voz 3	<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5 Confusa 4 Palavras Improórias 3 Palavras Incompréhencivas 2	<input checked="" type="checkbox"/> Obdece comandos 6 Localiza Dor 5 Movimentos de retardia 4

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 _____ Assinatura _____
RG/CPF _____

Observações Médicas / Enfermeiros

Chego no hospital de origem paciente no leite consciente orientado em AA afebril eupneico normocardico mantendo sonda nasogástrica para drenagem acesso venoso periferico em MSD jelco 20 transfiro para maca e conduzo para ambulância. Chego ao hospital de destino para realização de tomografia. Retorno ao hospital de destino transfiro paciente para equipe local .



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
	Aline Moutinho	
Data ____/____/____	ALINE CRISTINA MOUTINHO Coren/ 871076	CARLOS ALBERTO MARCONDES DE SOUZA CNH/ 1234546
	Data ____/____/____	Data ____/____/____