

Ficha de Acompanhamento							OS: 1724				
							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						
<input type="checkbox"/> APH	<input checked="" type="checkbox"/> TRASF. HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT							
Tipos de Exames		<input type="checkbox"/> CATE <input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TOMO <input type="checkbox"/> TQT /TQM	<input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> CPRS <input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> PET SCAM <input type="checkbox"/> T. C . HIPER	Outro:				
Empresa: ACL SERVICOS EM SAUDE LTDA							Solicitante: JONATHAN - AT -				
Data: 15/08/2025											
Origem: SANTA CASA - CRUZEIRO - CRUZEIRO SP		X HOSPITAL VIVALE - SÃO JOSÉ CAMPOS - SÃO JOSÉ CAMPOS SP		X HOSPITAL VIVALE - SÃO JOSÉ CAMPOS - SÃO JOSÉ CAMPOS SP							
Nome: EDSON RODRIGUES DE ALMEIDA							Idade: 47				
Contato:											
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino							<input type="checkbox"/> Feminino				
SUS/CONVENIO: SUL AMERICA							NºCARTEIRINHA: 01349003030070010				
Saída Base		Origem		Destino		Destino		Chegada Base			
Km: 189181		Km: 189291		Km: 189428		Km: 189428		Km: 189493			
Hora: 20:00		Hora Chegada: 21:29		Hora Chegada: 23:14		Hora Chegada: 23:14		Hora: 00:40			
		Hora Saída: 21:39		Hora Saída: 23:30		Hora Saída: 23:30					
		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			
Abdomem		<input checked="" type="checkbox"/> Plano		<input 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 checked="" type="checkbox"/> Não Alterados		Membros Inferiores		<input type="checkbox"/> Alterados			
		<input checked="" type="checkbox"/> Não Alterados									
Sinais Vitais											
HORA		PA		FC		FR		GLASGOW			
22:20		130*80		90		16		15			
TEMP		Sat O2		Hgt							
-		98		-							
Abertura ocular:			Resposta Verbal:			Resposta Motora:					
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4			<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5			<input checked="" type="checkbox"/> Obdece comandos 6					
<input type="checkbox"/> A dor 2			<input type="checkbox"/> Confusa 4			<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5					
<input type="checkbox"/> voz 3			<input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3			<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4					
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1			<input type="checkbox"/> Palavras Incompreêncivas 2			<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3					
						<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2					
						<input type="checkbox"/> 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 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						Assinatura					
RG/CPF											

Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente com quadro de dor precordial com irradiação para MSE associado à queimação há 3 meses com piora do quadro algico nesta manhã. HDA: Paciente realizou cateterismo no dia 30/06/25 o qual evidenciou obstrução de 70% em artéria descendente anterior. Agendado angioplastia para 25/08/25. MUC: DM insulino-dependente há 24 anos, AAS, Clopidogrel, Diatilizem, Nitrato, Rosuvastatina. Alergia: Nega. - Exames (15/08/25): ECG: sem alterações. Troponina: NR. CKMB: 17., acesso venoso em msd jelco 20. Exame físico - BEG, LOTE, CHAAA - FC: 90bpm/ PA: 130x80mmHg/FR: 16irpm/ Eupneico em AA.



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
GIOVANA ZAMBONI MOREIRA CRM/ 273.790	Aline Moutinho	
Data ____/____/____	ALINE CRISTINA MOUTINHO Coren/ 871076	CARLOS ALBERTO MARCONDES DE SOUZA CNH/ 1234546
	Data ____/____/____	Data ____/____/____