

Ficha de Acompanhamento										OS: 1627			
										VTR:			
<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			
<input type="checkbox"/> APH		<input 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 checked="" 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: PROMED SANTA ANGELA EMERGENCIAS MEDICAS						Solicitante: CENTRA VAGAS			Data: 20/06/2025				
Origem: HOSPITAL POLICLIN -TAUBATÉ - TAUBATÉ   SP						X			X				
Nome: Maria Antônia ferreira													
Idade: 0 anos				Contato:									
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino				<input type="checkbox"/> Feminino									
SUS/CONVENIO: BRADESCO						NºCARTEIRINHA: Na							
Saída Base		Origem			Destino			Destino			Chegada Base		
Km: 186153		Km: 186163			Km:			Km:			Km: 186170		
Hora: 20:00		Hora Chegada: 20:20			Hora Chegada:			Hora Chegada:					
		Hora Saída: 20:33			Hora Saída:			Hora Saída:			Hora: 21:00		
		Visto Origem:			Visto Destino:			Visto Destino:					
Neurológica		<input type="checkbox"/> Lúcido		<input type="checkbox"/> Orientado		<input type="checkbox"/> Consciente		<input type="checkbox"/> Confuso		<input type="checkbox"/> Comunicativo			
		<input type="checkbox"/> Não Verbaliza											
Pupilas		<input 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 type="checkbox"/> Eupnéico		<input type="checkbox"/> Taquipneico		<input type="checkbox"/> Bradipneico		<input type="checkbox"/> Dispneico		<input type="checkbox"/> Apneia			
Circulatório		<input type="checkbox"/> Normocárdico		<input type="checkbox"/> Tarquicardico		<input type="checkbox"/> Bradicardico		<input type="checkbox"/> Filiforme					
Abdomem		<input 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 type="checkbox"/> Não Alterados		Membros Inferiores				<input type="checkbox"/> Alterados	
				<input type="checkbox"/> Não Alterados								<input type="checkbox"/> Não Alterados	
Sinais Vitais													
HORA		PA		FC		FR		GLASGOW		TEMP			
Sat O2		Hgt											
Abertura ocular:				Resposta Verbal:				Resposta Motora:					
<input type="checkbox"/> Espontânea 4				<input type="checkbox"/> Orientada 5				<input type="checkbox"/> Obdece comandos 6					
<input type="checkbox"/> A dor 2				<input type="checkbox"/> Confusa 4				<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3					
<input type="checkbox"/> voz 3				<input type="checkbox"/> Palavras Impróprias 3				<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5					
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1				<input type="checkbox"/> Palavras Incompreensivas 2				<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4					
<input type="checkbox"/> Nenhuma 0								<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2					
<input type="checkbox"/> Nenhuma 0								<input type="checkbox"/> Nenhuma					
TRAUM 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


Chegando na policlin de Taubaté a enfermeira foi comunicado que a paciente mariaA antonia,irá realizar Exame na data de amanhã COND SAULO r Tec cris



## 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	Conductor Socorrista
Data ____/____/____	CRISTIANE ISABEL DOS SANTOS Coren/ 1027956	 SAULO RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35
	Data ____/____/____	