

# Ficha de Acompanhamento

OS

UTL 798

<input type="checkbox"/> BÁSICA	<input type="checkbox"/> UTI ADULTO	<input checked="" type="checkbox"/> UTI INFANTIL	<input type="checkbox"/> UTI NEO	<input type="checkbox"/> UTI ÁREA	<input type="checkbox"/> EVENTOS	<input type="checkbox"/> PARTICULAR	<input type="checkbox"/> APH
<input checked="" type="checkbox"/> EXAMES	<input type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR		<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR		<input type="checkbox"/> PET SCAM		<input type="checkbox"/> SIV - INT

Tipos de Exames	<input type="checkbox"/> CATE	<input type="checkbox"/> TOMO	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	Outros
	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT/TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T.C. HIPER.	

EMPRESA *SAUVA* Solicitante *OP. TRAFEGO* Data *09.02.24*

Origem: *Policlin Jacareí* x *H. Polyclin. SJC. AD.U.B.* x *H. Polyclin. JACAREÍ*

Nome: *Bernardo Henrique Bueno Tavares* Idade *24* Contato:

Sexo  Masculino  Feminino

SUS / CONVENIO *Sul América* Nº CARTEIRINHA *005916521955200110*

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <i>16290</i>	km <i>46309</i>	km <i>16324</i>	km
<i>4642B</i>	Hora Chegada <i>15:30</i>	Hora Chegada <i>16:20</i>	Hora Chegada <i>17:45</i>	
Hora	Hora Saída <i>15:47</i>	Hora Saída <i>17:20</i>	Hora Saída <i>17:55</i>	Hora
	Visto Origem <i>Patrícia Ferreira nocha da Silva</i> COREN-SP 698697 AUX	Vista Destino <i>Claude M. Canha</i> Enfermeira COREN-SP 284-146	Vista Destino <i>Patrícia Ferreira nocha da Silva</i> COREN-SP 698697 AUX	

Neurológica  Lúcido  Orientado  Conciente  Desorientado  Inconsciente

Pupilas  Isocóricas  Anisocorica  Midriátrica  Miotica  D ou E  É Maior

Respiratória  Eupnélico  Taquicardia  Braquicardia  Apnéia  Cheyne Stokes  Biot  Kussmaul

Circulatório  Pulso normocadiaco  Ritimico  Arritmico  Dicrotico  Taquisfmgia  Brasisfmgia  Filiforme

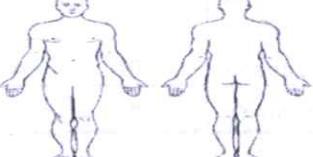
Abdomem  Plano  Globoso  Protuberante  Escavado  Flácido  Em Avental *clorac palpado*

Membros Superior  Alterados  Não Alterados Membros Inferiores  Alterados  Não Alterados

Sinais Vitais							
HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
<i>15:50</i>	<i>110</i>	<i>30</i>	<i>15</i>	<i>-</i>	<i>96</i>		

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"/> 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
	Escoariação									
Cont										
Ferim										
Luxa										
Frat										
Lace										
Secç										

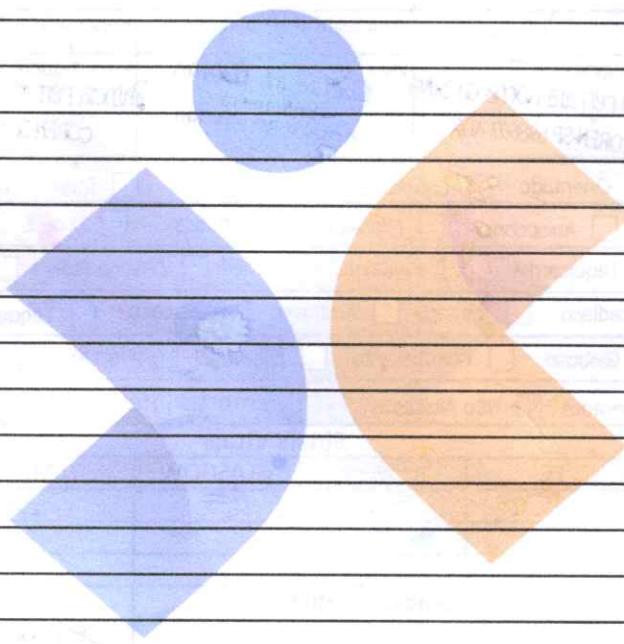
TRAUMA	QUEIMADURAS										
	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie		
	I										
	II										
III											

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 <i>Paola Bueno Tavares</i>	Assinatura <i>Paola Bueno</i>
RG/CPF <i>12013474079</i>	

## Observações Médicas / Enfermeiros

15:30. Paciente encontra-se em leito, grades e cabeceiras elevadas; acompanhado da mãe; encontra-se lucido, orientado; GE 15; Pup 3x3, seu ar ambiente; secreta via oral; APV seu mto Salvo; rugido; ABS glooso com dor à palpação; eliminações espontâneas - seu evacuar a 14 dias; seu edema, pernas ymericadas -  
 15:47 Transfereência para a Policlínica de SJC.  
 16:20 Chegada na Policlínica de SJC  
 17:45 Transfereência para a Unidade Oparecida



## Materiais Utilizados

# REAL VIDAS

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	
<i>[Signature]</i> CRN 49294	
Data	08/07/24

Enfermagem Responsável	
<i>Danielle</i> 500623	
Data	09/07/24

Condutor Socorrista	
<i>[Signature]</i>	
Data	/ /

**CHAMADO****ATENDIMENTO (294044)**

<b>SOLICITANTE:</b>	HOSP POLICLIN DE JACAREI - (AV. EDOUARD SIX)	<b>TIPO DE SOLICITANTE:</b>	
<b>TEL. SOLICITANTE:</b>	(12) 3954-8800	<b>TIPO DA OCORRÊNCIA:</b>	ATENDIMENTO
<b>DATA/HORA REGISTRO:</b>	09/07/2024 12:43	<b>ARM:</b>	CAMILA CERQUEIRA FERREIRA DOS SANTOS
<b>UNIDADE DE ATENDIMENTO:</b>	PRESTADORES CONTINGENCIA		

**ESTAB. ORIGEM:** HOSP POLICLIN DE JACAREI - (AV. EDOUARD SIX) Tel.:Comercial - (12) 3954-8800, (HOSP POLICLIN DE JACAREI)

**ESTAB. DESTINO:** HOSP E MATERNIDADE POLICLIN (AVENIDA DOUTOR ADHEMAR DE BARROS) Tel.:Comercial - (12) 3797-9000,

**PACIENTE: BERNARDO HENRIQUE BUENO PEREIRA**

<b>CLIENTE:</b>	SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE (CNPJ: 01685053000156)	<b>CONTRATO:</b>	SUL AMERICA - TIT/TAT
<b>MATRÍCULA CONTRATO:</b>	00596521955200110	<b>CPF:</b>	Não informado
<b>IDADE:</b>	2 Ano(s)	<b>DT. NASCIMENTO:</b>	13/02/2022
<b>SEXO:</b>	Masculino		

**REMOÇÃO**

<b>TIPO REMOÇÃO:</b>	INTER-HOSPITALAR	<b>TIPO PERCURSO:</b>	IDA E VOLTA
<b>PRIORIDADE:</b>	<b>MARROM</b>		
<b>MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:</b>	CONSULTA COM CIRURGÃO	<b>AGENDAMENTO:</b>	Imediato
<b>VEÍCULO:</b>		<b>TIPO VEÍCULO:</b>	USA PEDIÁTRICA
<b>INÍCIO:</b>	09/07/2024 12:43	<b>DATA/HORA:</b>	09/07/2024 12:43
<b>FIM:</b>	09/07/2024 13:43		

**ENDEREÇO****ORIGEM (CEP: 12327673)**

<b>ESTADO:</b>	SÃO PAULO	<b>CIDADE:</b>	JACAREI
<b>BAIRRO:</b>	JARDIM PARAÍBA	<b>LOGRADOURO:</b>	AVENIDA EDOUARD SIX
<b>Nº:</b>	80		
<b>SETOR:</b>	1 UND / LT 35	<b>RESPONSÁVEL:</b>	
<b>LATITUDE:</b>	-23,29937	<b>LONGITUDE:</b>	-45,97261
<b>DESTINO (CEP: 12245010)</b>			
<b>ESTADO:</b>	SÃO PAULO	<b>CIDADE:</b>	SÃO JOSÉ DOS CAMPOS
<b>BAIRRO:</b>	JARDIM SÃO DIMAS	<b>LOGRADOURO:</b>	AVENIDA DOUTOR ADHEMAR DE BARROS
<b>Nº:</b>	530		
<b>LATITUDE:</b>	-23,19680	<b>LONGITUDE:</b>	-45,89185