

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

798.

<input checked="" type="checkbox"/> BASICA	<input type="checkbox"/> UTI ADULTO	<input 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"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT	

Tipos de Exames	<input type="checkbox"/> CATE	<input checked="" 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.	

CLIENTE Promed-SP . Solicitante C-Uafes . Data 23.11.25.

Origem: H.Policlin. ITÉ x H.Policlin. SJC. x H.Policlin. ITÉ

Nome: FRANCISCO ED. NUYES DISQUEZ Idade _____ Contato: _____
Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO BRADESCO . N° CARTEIRINHA 954 360 083941 007

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>77458</u>	km <u>77500</u>	km <u>77543</u>	km <u>77635</u> ,	km
	Hora Chegada <u>17:39</u>	Hora Chegada <u>18:15</u>	Hora Chegada <u>21:05</u>	

Hora <u>16:50</u>	Hora Saida <u>17:53</u>	Hora Saida <u>19:06</u>	Hora Saida
Visto Origem Maysa Karolyne Auxiliar enfermeira Coren-SP 943971	Vista Destino Diana Laisa Lima Cardoso COREN SP 790257 ENF	Vista Destino	Hora

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"/> Eupnélico	<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"/> Protuberante	<input type="checkbox"/> Escavado	<input type="checkbox"/> Flácido	<input type="checkbox"/> Em Avental
Membros Superior	<input type="checkbox"/> Alterados	<input type="checkbox"/> Não Alterados	Membros Inferiores	<input type="checkbox"/> Alterados	<input type="checkbox"/> Não Alterados	

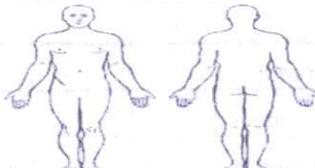
Sinais Vitais

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"/> 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

17:53 Recebo o paciente da Policlín de Taubaté para exame de tomografia em São José dos Campos, encontra-se acalmado, lucido, comunicativo, respondendo às perguntas verbais. Momento acúmulo vómito em MSQ® palmarizado, acompanhado pelo filho Rafael

18:45 Paciente deve ser levado na Policlín de São José dos Campos para exame de tomografia, segue em observação

19:06 Retorno para a unidade da Policlín de Taubaté onde

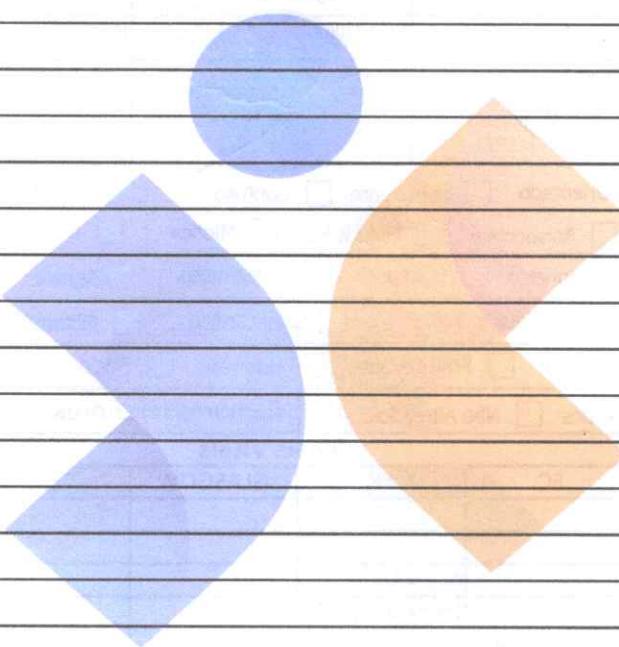
Intercorridas

20:00 Deu entrada na unidade da Policlín de Taubaté onde segue internado

Alessandra Cunha da Silva
Auxiliar de Enfermagem
SOPRA-SP 431091

Alessandra Cunha da Silva
Auxiliar de Enfermagem
SOPRA-SP 431091

Alessandra Cunha da Silva
Auxiliar de Enfermagem
SOPRA-SP 431091



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 _____/_____/_____

Enfermeiro Responsável
<i>Alessandra Cunha da Silva</i> Auxiliar de Enfermagem SOPRA-SP 431091
Data 23/04/25

Condutor Socorrista
<i>Luz</i>
Data _____/_____/_____

OS				
	VTR	798.		
POS	<input type="checkbox"/>	PARTICULAR	<input type="checkbox"/>	APH
RNAÇÃO	<input type="checkbox"/>	SIV - INT		
tros				
Data <u>23.11.25.</u>				
<u>H. Polyclin. Ita</u>				
tato:				
4 360 083941 007				
no	Chegada Base			
535,	km			
105'				
	Hora			
<input checked="" type="checkbox"/> Não Verbaliza <input type="checkbox"/> É Maior				
Avental <input type="checkbox"/> Gravidico Alterados <input type="checkbox"/> Não Alterados				
Sat O2 <input type="checkbox"/> Hgt <input type="checkbox"/>				
Resposta Motora te comandos 6 za Dor 5 mentos de retardia 4 o Anormal 3 São Anormal 2 ma				
Mse <input type="checkbox"/> Mid <input type="checkbox"/> Mie <input type="checkbox"/>				
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				

Fernando F. Nunes de Souza
Selvika
 Técnico em Enfermagem s/certificado
 Parâmetros de Selvika rever
 Referência

Dr(a).

CRM:

Dr. Alberto Ambrogio Filho
 Médico
 CRM-SP 258316

23/09/25

- 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

TRA	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	