

Ficha de Acompanhamento

OS: 1574

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		
<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"/> TOMO	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	Outro:
		<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT /TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input checked="" type="checkbox"/> T. C. HIPER	

Empresa: PROMED SANTA ANGELA EMERGENCIAS MEDICAS Solicitante: CENTRAL DE VAGAS Data: 29/05/2025

Origem: HOSPITAL POLICLIN - JACAREÍ - JACAREÍ | SP X HOSPITAL 9 JULHO - SÃO PAULO | SP X HOSPITAL POLICLIN - JACAREÍ - JACAREÍ | SP

Nome: LIVINIA ALVES DA CRUZ Idade: 20 Contato: _____

Sexo: ☐ Masculino ☒ Feminino

SUS/CONVENIO: BRADESCO NºCARTEIRINHA: 846625800787013

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 182751	Km: 182789	Km: 182800	Km: 182825	Km: 182886
	Hora Chegada: 20:00	Hora Chegada: 20:45	Hora Chegada: 21:35	
Hora: 19:15	Hora Saída: 20:10	Hora Saída: 21:05	Hora Saída: 21:42	Hora: 23:20
	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 checked="" type="checkbox"/> Comunicativo	<input type="checkbox"/> Não Verbaliza
Pupilas	<input checked="" type="checkbox"/> Isocóricas	<input type="checkbox"/> Anisocorica	<input type="checkbox"/> Midriática	<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	

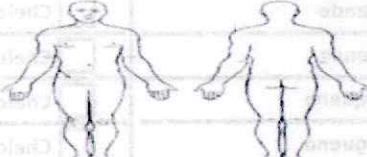
Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

Abertura ocular:	Resposta Verbal:	Resposta Motora:
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4	<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5	<input checked="" type="checkbox"/> Obedece 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 Improprias 3	<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Palavras Incompreendivas 2	<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3
		<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2
		<input type="checkbox"/> Nenhuma

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

chego ao hospital de origem paciente no leito consciente, orientado, em AA afebril, eupneica, Norm cárdica, mantendo avp em msd jelco 22,transfiro para maca e conduzo a ambulância. chego ao hospital de destino para realização de exame. chego ao hospital de origem transfiro paciente aos cuidados da equipe local.



Materiais Utilizados

REAL VIDAS

Pedagios	Outros:	Refeição / Lanche	Sim	Não
Oxigênio	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou		
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	Enfermagem Responsável	Conductor Socorrista
	Aline Moutinho	<i>Saulo Ricardo</i>
Data ____/____/____	ALINE CRISTINA MOUTINHO Coren/ 871076 Data ____/____/____	SAULO RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35 Data ____/____/____

Lavinia Alves Da Cruz

NASC: 30/12/2004 20 ANOS - INTERNADO
HPJAC DT ATEND: 29/05/2025 13:08
CONV: BRADESCO



4418006

OS: 1574

VTR: 318 - SPRINTER

EVENTOS ☐ PARTICULAR
SIV - INT

Outro:

Data: 29/05/2025

AL POLICLIN - JACAREÍ - JACAREÍ | SP

ntato:

Destino	Chegada Base
35	Km: 182886
	Hora: 23:20

Comunicativo ☐ Não Verbaliza

☐ D ou E ☐ É Maior

☐ Apneia

Em Avental ☐ Gravidico

☐ Alterados ☒ Não Alterados

Sat O2	Hgt

☐ Flexão Anormal 3
☐ Extensão Anormal 2
☐ Nenhuma

Mse	Mid	Mie

Dra. Vitória A. Carvalho
Médica
CRM-SP 248573

Dr(a).

CRM:

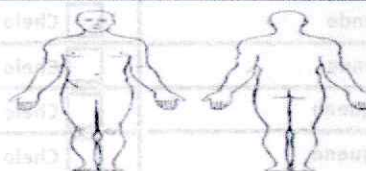
29/05/25

- Av. Nove de Julho, 430 - Tel.: (12) 3797-9800 - SJC Campos-SP
- Av. Andrômeda, 1100 - Tel.: (12) 3797-8500 - SJC Campos-SP
- Av. Adhemar de Barros, 530 - Tel.: (12) 3797-9000 - SJC Campos-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

M	A	Frat	Lace	Secc

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

RG/CPF

Assinatura